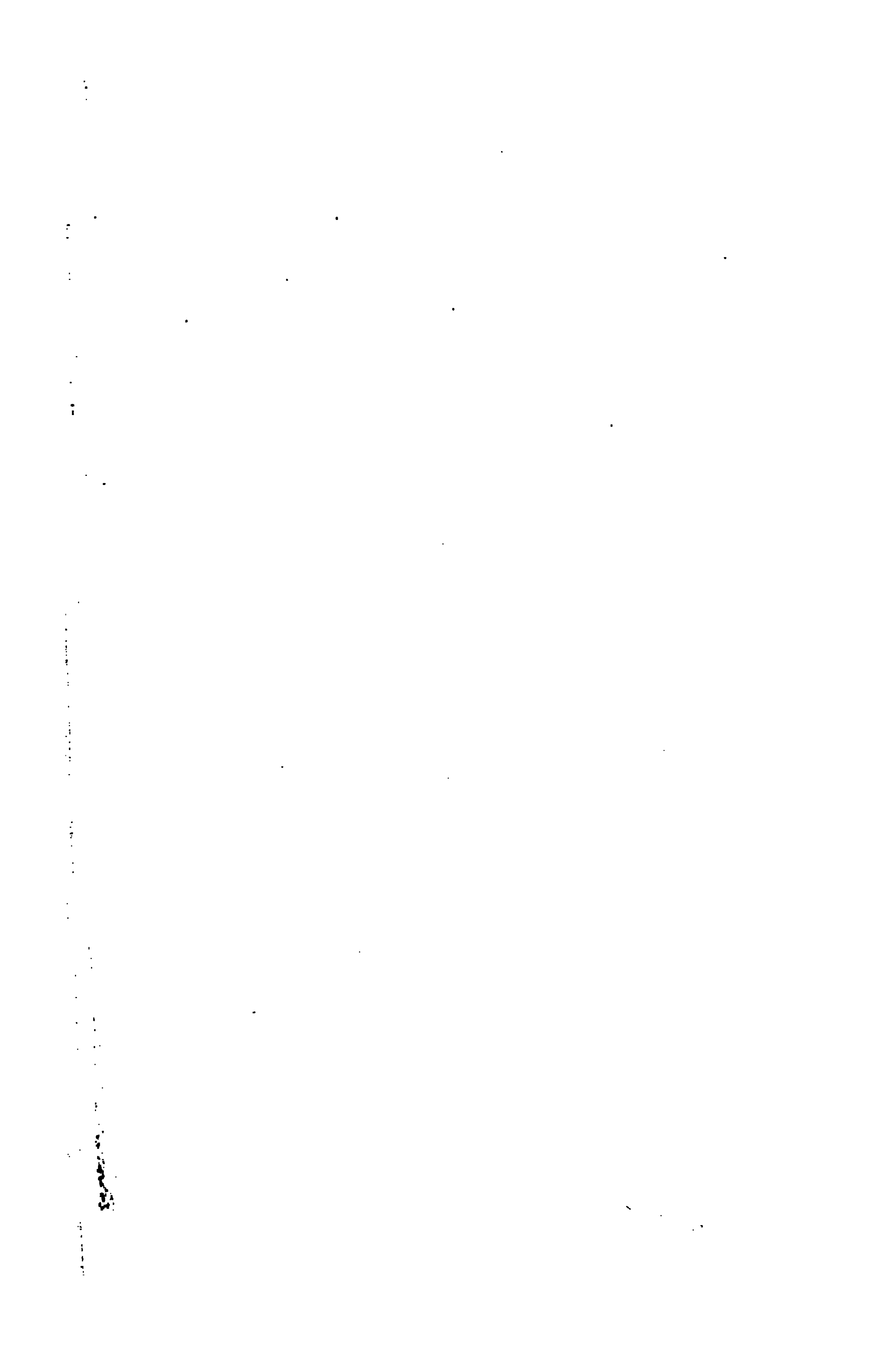


Diese Abhandlung bildet zugleich die 19. Lieferung des

Handbuchs der Hygiene

herausgegeben von Dr. THEODOR WEYL in Berlin.

SIEBENTER BAND. ZWEITE LIEFERUNG.

Öffentlicher Kinderschutz.

Bearbeitet von

Dr. med. H. Neumann,
Privatdozent an der Universität in Berlin.

Mit 7 Abbildungen.

JENA.
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1895.

Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 4 M. 80 Pf.
Preis für den Einzelverkauf: . . . . . . 7 M. — Pf.



Diese Abhandlung bildet zugleich die **19. Lieferung** des

Handbuchs der Hygiene

herausgegeben von Dr. Theodor Weyl in Berlin.

SIEBENTER BAND. ZWEITE LIEFERUNG.

Öffentlicher Kinderschutz.

Bearbeitet von

Dr. med. H. Neumann,
Privatdozent an der Universität in Berlin.

Mit 7 Abbildungen.

JENA.
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1895.

Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 4 M. 80 Pf.
Preis für den Einzelverkauf: . . . . . . 7 M. — Pf.

Diese Abhandlung bildet zugleich die **19. Lieferung** des

Handbuchs der Hygiene

herausgegeben von Dr. Theodor Weyl in Berlin.

SIEBENTER BAND. ZWEITE LIEFERUNG.

Öffentlicher Kinderschutz.

Bearbeitet von

Dr. med. H. Neumann,
Privatdozent an der Universität in Berlin.

Mit 7 Abbildungen.

JENA.
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1895.

Preis für Abnehmer des ganzen Werkes: 4 M. 80 Pf.
Preis für den Einzelverkauf: . . . . . . 7 M. — Pf.

HANDBUCH DER HYGIENE

in 10 Bänden.

Herausgegeben von **Dr. med. Theodor Weyl** in Berlin.

Das „**Handbuch der Hygiene**" stellt sich nicht in den Dienst einer bestimmten Schule, sondern will sich einen möglichst unparteiischen Standpunkt bewahren; es sind deshalb die Vertreter der verschiedensten Schulen zur Mitarbeit an demselben aufgefordert worden. Für die *Kapitel praktischen Inhalts* wurden vorzugsweise solche Mitarbeiter herangezogen, welche durch ihre berufsmäßige Beschäftigung besonders geeignet waren, das übernommene Thema zu bearbeiten. Es ist deswegen ein großer Teil der Herren Mitarbeiter aus den Reihen der Architekten und Ingenieure gewählt worden. Wo indessen bei einzelnen Kapiteln neben der Bearbeitung durch die Techniker die Mitarbeit des hygienisch ausgebildeten Mediziners erforderlich war, hat der Herr Herausgeber eine Verteilung des Stoffes vorgenommen, und es wird ihm hoffentlich geglückt sein, die Zuständigkeit des Mediziners einerseits und die des Technikers andererseits in zutreffender Weise zu begrenzen.

Die *Gewerbehygiene* soll entsprechend ihrer Wichtigkeit eine besonders eingehende Bearbeitung finden; Abschnitte wie *Strassenhygiene, allgemeine Bauhygiene* und *Wohnungshygiene* werden eine so ausführliche Darstellung finden, wie sie bisher in deutscher Sprache wohl noch nicht versucht wurde.

Der *Bakteriologie* als solcher wurde eine besondere Abteilung nicht gewidmet. Sie erscheint aber als eine der zahlreichen Methoden, deren die Hygiene bedarf, in allen denjenigen Kapiteln, in denen sie, wie in der Lehre vom Boden, vom Trinkwasser, in der Theorie der Infektionskrankheiten, zur Lösung der hygienischen Fragen ihre Hilfe leiht und häufig den Ausschlag giebt.

Das „**Handbuch der Hygiene**" soll in etwa 10 Bänden im Gesamt-Umfange von 200 bis höchstens 250 Druckbogen erscheinen.

Die Bände werden in der nachstehenden Einteilung herausgegeben werden:

BAND I, Abteilung 1:
- *Organisation der öffentlichen Gesundheitspflege in den Kulturstaaten (Prof. Finkelnburg in Bonn). Einzelpreis M. —,80, Subskriptionspreis M. —,80.
- *Boden (Prof. von Fodor in Budapest). E.-Pr. M. 4,50, S.-Pr. M. 3,60.
- *Klima (Prof. Aßmann in Berlin). } E.-Pr. M. 2,50.
- *Klimatologie u. Tropenhygiene (Dr. Schellong in Königsbg. } S.-Pr. M. 2,—.
- *Kleidung (Prof. Kratschmer in Wien). E.-Pr. M. 2,—, S.-Pr. M. 1,50.

Abteilung 2: Trinkwasser und Trinkwasserversorgung:
- *a) Wasserversorgung, technische Kapitel (Oberingenieur Oesten in Berlin).
- *b) Bakteriologie des Trinkwassers (Prof. Löffler in Greifswald).
- *c) Chemische Untersuchung des Trinkwassers (Direktor Dr. Sendtner in München).
- d) Beurteilung des Trinkwassers (die unter b und c genannten Herren).

BAND II: Städtereinigung. Abteilung 1:
- *Einleitung: Die Notwendigkeit der Städtereinigung und ihre Erfolge (Prof. Blasius in Braunschweig). } E.-Pr. M. 8,—.
- *Abfuhrsysteme (Prof. Blasius). } S.-Pr. M. 6,—.
- *Schwemmkanalisation (Prof. Büsing in Berlin-Friedenau).
- *Rieselfelder:
  - a) Anlage, Bewirtschaftung und wirtschaftliche Ergebnisse (Landwirt Georg H. Gerson in Berlin).
  - b) Vermeintliche Gefahren für die öffentliche Gesundheit (der Herausgeber).
- *Landwirtschaftl. Verwertung der Fäkalien (Direkt. Dr. J. H. Vogel in Berlin).
- Flußverunreinigung (Privatdozent Dr. Jurisch in Berlin).

Fortsetzung auf der 3. Seite des Umschlags.

ÖFFENTLICHER KINDERSCHUTZ.

BEARBEITET

VON

DR. MED. H. NEUMANN,
PRIVATDOCENT AN DER BERLINER UNIVERSITÄT.

MIT 7 ABBILDUNGEN.

HANDBUCH DER HYGIENE

HERAUSGEGEBEN VON

DR. THEODOR WEYL.

SIEBENTER BAND. ZWEITE LIEFERUNG.

(SCHLUSS DES SIEBENTEN BANDES.)

JENA,
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1895.

Inhaltsübersicht.

Der Verfasser*) wird allen Denen, die an dem öffentlichen Kinderschutz mitarbeiten, durch die laufende Zusendung von Verwaltungsberichten u. dergl. zu großem Danke verpflichtet sein.

*) Adresse: Berlin W., Schellingstraße 3.

Allgemeiner Teil.

I. Veranlassung zum öffentlichen Kinderschutz. Organe zu seiner Ausübung.

Eine der wesentlichsten Bedingungen für das Gedeihen der in nationalen oder in kleineren Verbänden zusammengeschlossenen Individuen ist ein guter Zustand ihrer körperlichen, geistigen und sittlichen Gesundheit. Hierauf übt aber eine im weitesten Sinne gefaßte Gesundheitspflege der Kinder einen bestimmenden Einfluß aus. Es dürfen daher die maßgebenden Grundsätze bei der Fürsorge für die Kinder sowie die aus ihnen fließenden Einrichtungen ein größeres Interesse beanspruchen.

Die Pflicht der Erzeuger, für ihr Kind selbst zu sorgen, ist im allgemeinen grundsätzlich anerkannt. Aber trotzdem besteht seit den ältesten Zeiten und bei Völkern der verschiedensten Gesittung kein Zweifel darüber, daß in gewissen Fällen die Gemeinschaft nicht nur das Recht hat, die Verpflichtung der Eltern gegen ihr Kind genauer festzusetzen, sondern auch die Pflicht, sich selbst des Kindes an Elternstatt anzunehmen.

Eine Veranlassung hierfür liegt wesentlich dann vor, wenn die Erzeuger des Kindes nicht den Willen oder nicht das Vermögen haben, ihre Elternpflichten zu erfüllen. Obgleich der mangelnde Wille, das kindliche Leben zu erhalten und zu schützen, schon der Leibesfrucht gegenüber zum Ausdruck kommt und in abnehmender Häufigkeit noch bis zum Ende des Kindesalters zu bemerken ist, so ist es doch viel häufiger das thatsächliche Unvermögen der Eltern, ihre Pflichten zu erfüllen, welches die öffentliche Fürsorge erheischt. Dies Unvermögen hat, je nachdem es vollkommen oder nur in beschränktem Maße besteht, eine sehr verschiedene Bedeutung. Am wenigsten zweifelhaft ist immer die Hilflosigkeit des Kindes und die hieraus folgende Verpflichtung einer öffentlichen Fürsorge in dem Falle gewesen, wo die Eltern des Kindes nicht mehr am Leben waren. Aber abgesehen hiervon können in ähnlicher Weise — zuweilen übrigens nur vorübergehend — eine Reihe anderer Verhältnisse, welche die Eltern betreffen, wirken: körperliche oder geistige Krankheit, sittliche Mängel, Mittellosigkeit, Abwesenheit z. B. infolge der Verbüßung von Freiheitsstrafen — diese und andere Dinge können eine vollkommene Hilflosigkeit des Kindes herbeiführen. Andererseits kommt es auch häufig vor, daß solche Ver-

hältnisse nur die elterliche Fürsorge einschränken, ohne sie ganz aufzuheben.

Abgesehen von im Einzelfalle vorhandener zufälliger Hilflosigkeit findet aber die elterliche Fürsorge durch die Grenzen, welche einer erfolgreichen Thätigkeit der Einzelperson innerhalb des gesellschaftlichen Lebens gesetzt sind, ihre natürliche Einschränkung. Kann und soll auch der Einzelne seinen Kindern eine gesundheitsgemäße Erziehung zukommen lassen, so hängt doch der Erfolg seiner Bestrebungen im höchsten Maße von dem Zustande der öffentlichen Gesundheitspflege, auf die er selbst keinen unmittelbaren Einfluß hat, ab. In dieser ist die Gesundheitspflege des Kindesalters ein wichtiges und umfangreiches Kapitel, welches auch wieder seinerseits einen zum Teil ganz unmittelbaren Einfluß auf das allgemeine Volkswohl ausübt; wir erinnern nur daran, wie z. B. die Vaccination nicht nur die Kinder selbst vor den Pocken schützt, sondern den Geimpften auch noch im erwachsenen Alter einen Impfschutz gewährt und selbst von denen, die nicht geimpft sind, die Gefahr der Ansteckung abhält. Auf der anderen Seite giebt es zahlreiche Gebiete der öffentlichen Gesundheitspflege, an denen auch die Kinder ihren Teil haben, ohne daß sie im besonderen Hinblick auf sie geschaffen wären; wir erinnern nur an die Städtehygiene, an die Ueberwachung der Nahrungsmittel u. s. f. Derartige Einrichtungen werden wir in den folgenden Zeilen nur zu streifen brauchen, weil sie an anderen Stellen dieses Handbuches ausführliche Behandlung finden.

Wer ist nun dazu berufen, statt der Eltern oder zusammen mit ihnen die Fürsorge für die Kinder zu übernehmen? Unter modernen Verhältnissen haben Pflicht und Recht hierzu regelmäßig drei Faktoren: Staat, Gemeinde und bürgerliche Vereinigungen. In der Verteilung der einzelnen Maßnahmen zum Schutze des Kindes auf diese Faktoren bestehen aber die größten Verschiedenheiten; bald übernimmt die freiwillige bürgerliche oder kirchliche Thätigkeit einen großen Teil der Aufgaben — wie z. B. in den Vereinigten Staaten — bald ist es die Behörde — wie z. B. in Frankreich — die in den Vordergrund tritt. Mit den herrschenden sozialen Theorien, mit dem Volkscharakter, der mehr selbständig zu unabhängiger Bethätigung oder mehr duldend zum Anrufen seiner Regierungsorgane geneigt ist, mit dem nationalen Entwickelungsgange des Kinderschutzes stellt sich die Verteilung der Aufgaben zwischen den genannten drei Faktoren verschieden — nicht zum wenigsten aber dadurch, daß diese Aufgaben selbst schwankender Natur sind und nicht nur eine verschiedene Behandlung der Organisation zulassen, sondern unter Umständen geradezu erfordern.

Im allgemeinen wird die staatliche Fürsorge dort eintreten, wo die Bedürfnisse so allgemein anerkannt und so wenig durch örtliche Besonderheiten beeinflußt sind, daß sie für größere Kreise eine gesetzgeberische Regelung verlangen und gestatten. Größere Gemeinschaften, wie z. B. die Provinzialverbände, werden Aufgaben des Kinderschutzes übernehmen müssen, die — wie z. B. die Zwangserziehung verwahrloster Kinder in Anstalten — aus äußeren, z. B. ökonomischen Gründen kleinere kommunale Verwaltungen nicht lösen können. Trotzdem bleibt den Gemeinden beim öffentlichen Kinderschutz eine Fülle von Aufgaben, weil gerade hier die örtlichen Verhältnisse z. B. nach Zahl und Stand der Einwohner sehr verschiedene Bedürfnisse zeitigen; hier wird nur die städtische Selbstverwaltung in der Lage sein, Einrich-

tungen zu treffen, welche den Bedürfnissen des betreffenden Gemeinwesens im ganzen gerecht werden und gleichzeitig thunlichst dem Bedürfnis der Einzelperson entgegenkommen. Am meisten sind die privaten Vereinigungen in der Lage, unabhängig von Beschränkungen grundsätzlicher Art eine dem Einzelfalle entsprechende Hilfe eintreten zu lassen. So wichtig und unentbehrlich ihre freie Liebesthätigkeit ist, so liegt es freilich in ihrer Natur, dass sie in ihrer Ausdehnung und ihren Mitteln schwankend und in der Regel beschränkt ist.

Im einzelnen ist es schwer, ja unmöglich, zu sagen, wo die behördliche Fürsorge für die Kinder aufhören und die bürgerliche beginnen soll. Soweit der öffentliche Kinderschutz in das Gebiet der Armenpflege fällt, gilt es auch für ihn, daß die öffentliche Armenpflege nur soweit einzugreifen hat, als es zur Erhaltung der Existenz unumgänglich nötig ist, und, was darüber hinaus geht, der privaten Fürsorge zu überlassen hat. Aber wie verschieden läßt sich dieser Satz auslegen und wird er thatsächlich z. B. in Deutschland in die Praxis umgesetzt! Es ist dies gewiß nicht zum Schaden der Sache, wenn die Grenzen zwischen privater und öffentlicher Fürsorge ineinander fließen, wenn neben allgemeinen Grundsätzen persönliche Anschauungen sich bethätigen, wenn neben gesetzlichem Zwange persönliche Neigung Gutes wirkt — vorausgesetzt, daß die privaten und kommunalen Maßregeln zum Schutze der Kinder, umschlossen von einem gemeinsamen ethischen Bande, stützend ineinander greifen und im einzelnen hinreichend leistungsfähig sind.

Schon aus dieser Unsicherheit in der Begrenzung der öffentlichen und privaten Fürsorge für die Kinder ergiebt es sich, wie unzweckmäßig es wäre, die Einteilung unserer Aufgabe nach den sie ausführenden Organen zu treffen. Wir werden besser unter Berücksichtigung der einzelnen Phasen der kindlichen Entwickelung den Bedürfnissen nachspüren, die eine öffentliche Fürsorge erheischen, und zu zeigen versuchen, in welcher Weise sie ihre Befriedigung finden oder finden sollten.

Es wird sich in dem Bilde des öffentlichen Kinderschutzes die Schilderung der Einrichtungen naturgemäß in der Weise gruppieren, daß im allgemeinen die heimischen Verhältnisse im Vordergrunde stehen, die ausländischen hingegen weniger ausführlich gezeichnet werden.

Jacobi, Bins, L. Pfeiffer, A. Baginsky, C. Rauchfuss, *Hygiene des Kindesalters, II. Aufl.* (1882) (1. *Bd. Abt.* 2 *von* *Gerhardt*, *Handbuch der Kinderkrankheiten*).

Julius Uffelmann, *Handbuch der privaten und öffentlichen Hygiene des Kindes*, *Leipzig* 1881.

Philipp Biedert, *Die Kinderernährung im Säuglingsalter und die Pflege von Mutter und Kind, II. Aufl.*, *Stuttgart* 1893.

H. Napias *et* **A. J. Martin**, *Protection et Assistance de l'Enfance* (*in* *Julius Rochard*, *Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine publique*, *T. V*, 25e *fascic.*, *Paris* 1892).

N. Brückner, *Erziehung und Unterricht vom Standpunkt der Sozialpolitik*, *Berlin* 1895 (*nicht mehr berücksichtigt*).

II. Grösse des Bedürfnisses für den öffentlichen Kinderschutz.

1. Zahl der Kinder.

Die Größe der Aufgabe, welche durch den öffentlichen Kinderschutz zu erfüllen ist, wird einerseits durch die Zahl der vorhandenen Kinder, andererseits durch ihre Schutzbedürftigkeit bestimmt.

Die Zahl der Kinder bestimmt sich wesentlich durch die Geburtenhäufigkeit.

Auf 1000 Bewohner kamen nach Silbergleit[1]):

in den Ländern	in den Jahren	Kinder
Frankreich	1874—80	25,6
Irland	1874—80	25,9
Schweden	1888—90	28,1
Griechenland	1874—80	28,1
Belgien	1891—92	29,1
Norwegen	1889—91	30,3
Schweiz	1874—80	31,2
Dänemark	1887—89	31,7
Baden	1890—92	33,3
Finnland	1888—90	33,5
England und Schottland	1871—80	35,2
Bayern	1889—90	35,4
Württemberg	1890—92	35,7
Niederlande	1874—80	36,4
Preufsen	1890—92	36,8
Italien	1891—92	36,9
Oesterreich	1890—92	37,0
Sachsen	1890—92	40,5
Rumänien	1886—87	41,9
Europ. Rufsland (ohne Finnland und Polen)	1874—79	49,1

Der Anteil der Kinder an der Bevölkerung hängt außer von der Geburtenzahl von der Sterblichkeit in den verschiedenen Altersklassen der Bevölkerung sowie von der Ein- und Auswanderung ab.

In der folgenden Tabelle, welche der Statistik des Deutschen Reichs[2] entlehnt ist, ist der Anteil des Kindesalters und daneben noch die Verteilung des Geschlechts innerhalb desselben angegeben:

(Siehe Tabelle S. 435 oben.)

Um die Besetzung der einzelnen Altersklassen innerhalb des Kindesalters anzudeuten, sei bemerkt, daß in Deutschland[2] (p. 34) bei der Volkszählung von 1890 auf 1000 Personen der Gesamtbevölkerung im Alter von weniger als 5 Jahr 130,1, von 5—10 Jahren 111,9, von 10 bis 15 Jahren 109,5 Personen kamen.

Es steht also innerhalb der Kulturländer ungefähr $^1/_3$ der Bevölkerung im Kindesalter — unfähig, seine Lebensinteressen selbständig wahrzunehmen und gleichzeitig am empfindlichsten gegen eine Schädigung derselben; von dem Gedeihen dieser Altersklasse, die selbst noch unproduktiv ist, hängt die zukünftige Produktivität der Erwachsenen ab.

2. Kindersterblichkeit.

Die physischen Gefahren, welchen das Kindesalter ausgesetzt ist, führen in der letzten Folge zum Tode; insofern aber auch ohne tödlichen Ausgang schwerste Schädigungen der Gesundheit (z. B. durch Erblindung, Verkrüppelung, Körperschwäche) im Kindesalter eintreten können oder auch die Schädigung des kindlichen Körpers derart sein

Staaten	Zählungsjahr	Von 1000 Einwohnern sind unter 15 Jahre alt	Auf 1000 männliche kommen weibliche in den Altersklassen von unter 15 Jahren
Deutsches Reich . . .	1890	351	995
Belgien	1890	328	992
Bulgarien	1888	414	950
Dänemark	1890	348	978
Frankreich	1886	270	989
Grofsbritannien u. Irland .	1891	348	997
Italien	1881	322	963
Luxemburg	1890	343	996
Niederlande	1889	352	990
Oesterreich	1890	342	1005
Ungarn	1890	387	1001
Schweden	1890	333	975
Schweiz	1888	321	999
Japan	1891	335	978
Victoria	1891	346	
Neu-Süd-Wales	1891	384	978
Queensland	1891	372	976
Süd-Australien	1891	394	
West-Australien . . .	1891	343	
Tasmanien	1891	391	977
Neu-Seeland	1891	400	979
Kap d. guten Hoffnung .	1891	432	989

kann, daß sie erst in einem späteren Lebensalter zum Tode führt, finden die dem Kindesalter drohenden Gefahren in den Sterblichkeitszahlen keinen erschöpfenden Ausdruck; trotzdem sind es letztere allein, die in ungefährer Weise die Gefährdung der einzelnen Lebensjahre veranschaulichen.

So entfielen im Jahre 1892 in Preußen [8] (p. 2 ff.) von 100 Gestorbenen männlichen bez. weiblichen Geschlechts auf die einzelnen Altersklassen von:

	unter bis 1 Jahr	über 1—2 Jahre	über 2—3 Jahre	über 3—5 Jahre	über 5—10 Jahre	über 10 bis 15 Jahre	von 0—15 Jahre
männlich	34,96	7,50	3,17	3,51	3,27	1,40	53,81
weiblich	30,28	7,73	3,31	3,69	3,57	1,68	50,26

In Oesterreich [19] standen im gleichen Jahre von je 100 Verstorbenen eines jeden Geschlechtes im Alter von bis zu 10 Jahren männliche 54,06, weibliche 48,27.

Da die Zahl der in den einzelnen Altersklassen Lebenden verschieden groß ist, so ergiebt sich ein richtiges Bild von der Gefährdung der einzelnen Altersklassen, wenn man in jeder derselben die Gestorbenen mit den in ihnen Lebenden vergleicht.

Auf je 10 000 Lebende in jeder Altersklass starben in Preußen 1892:

	unter bis 1 Jahr	über 1—2 Jahre	über 2—3 Jahre	über 3—4 Jahre	über 5—10 Jahre	über 10 bis 15 Jahre
männlich	2633	684	300	166	69	32
weiblich	2164	659	294	164	71	36

Diese Zahlen lassen schon die wichtige Thatsache erkennen, daß die gesundheitliche Gefährdung im umgekehrten Verhältnis zu dem Lebensalter steht. Am meisten gefährdet ist das Säuglingsalter und innerhalb desselben ist wieder die Sterblichkeit um so größer, je kürzere Zeit seit der Geburt verstrichen ist. Wir entlehnen die folgende abgekürzte Tabelle Eröss[4]

Staaten und Periode		Von den lebend Geborenen sterben im Alter von			Von sämtlichen Sterbefällen sind in Prozenten		
		0—1 Mon.	0—6 Mon.	0—1 Jahr	0—1 Mon. gestorben	0—6 Mon. gestorben	0—1 Jahr gestorben
		Prozent	Prozent	Prozent			
Schweden	1881—90	3,2	6,9	9.7	5.9	12,5	17,6
Schottland	1885—90	—	8,1	12.0	—	13.5	21,3
Preufsen	1886—92	6.5	15.1	20 7	10,3	25.3	34.3
England	1888—91	—	9.9	14.5	—	16.3	23.8
Belgien	1881—91	4.5	11,5	15.9	6.2	18,3	23.8
Frankreich	1885—90	6,1	12.6	16,5	6.4	13,3	17,4
Holland	1880—82 1885—87	3.8	12.9	17,9	6,2	21,2	29,3
Ungarn	1884—87	8,4	16.4	21.2	11,6	22,7	29,2
Oesterreich	1886—87	9,8	18,2	24.6	12.8	24,6	32,2
Sachsen	1890—92	7.0	—	27 6	16.4	—	43.5
	Gesamtzahl	6,40	13,93	18.46	9,05	18,63	27,20

Wenn die Sterblichkeit, die im ersten Lebensjahre am höchsten ist, mit dem fortschreitenden Kindesalter abnimmt, um an seinem Ende die niedrigste Stufe zu erreichen, welche überhaupt in einem Lebensalter vorkommt, so sinkt die Größe der Aufgaben, welche der Fürsorge für die Kinder zufallen, keineswegs in gleicher Linie. In der Zeit, wo die körperliche Gefährdung in den Hintergrund tritt, muß verhältnismäßig schnell die Bildung des Verstandes, Charakters und Gemüts stattfinden, von deren Erfolg das innere Glück und das äußere Fortkommen im späteren Alter abhängt. Sind schon die Maßnahmen, welche zum Schutze des kindlichen Lebens zu treffen sind, ein ungemein feiner Prüfstein für das hygienische Können eines Zeitalters, so ist der Inhalt, welchen man der Jugenderziehung zu geben für angemessen hält, ein nicht weniger bedeutungsvoller Ausdruck für die Auffassung, die man von Inhalt und Zweck des menschlichen Lebens hat.

Mechanisch betrachtet, könnte das Bedürfnis des Kinderschutzes in geradem Verhältnis zu der Zahl der Kinder und dem Maße ihrer Schutzbedürftigkeit zu stehen scheinen. Thatsächlich ist die Wichtigkeit des kindlichen Lebens für die Oekonomie eines Landes dort um so größer, wo die Kinderzahl, wie z. B. in Frankreich, verhältnismäßig gering ist, während die Länder mit einer übergroßen Kinderzahl in diesem zehrenden Material sogar eine Schädigung des Volkswohlstandes erblicken könnten — freilich nur dann mit Recht, wenn es nicht gelingt, die im Kinde schlummernde Kraft seiner Zeit zinstragend zu verwerten. Vom einfach menschlichen Standpunkt aus sind freilich die Aufgaben des Kindesschutzes bei großer Dichtigkeit der jugendlichen Altersklasse deshalb gerade um so dringender, indem es sich nicht nur um eine größere Zahl von Individuen handelt, sondern diese größere

Zahl gleichzeitig eine Erschwerung für die Wohlfahrt des Einzelnen in sich birgt.

Um die Schutzbedürftigkeit des Kindesalters zu erläutern und gleichzeitig die Grenzen, welche einem willkürlichen Eingreifen gezogen sind, anzudeuten, wird es zunächst nötig sein, einige Umstände allgemeiner Art, welche das Gedeihen des Kindes beeinflussen, darzulegen.

Die Kindersterblichkeit zeigt sehr erhebliche nationale Verschiedenheiten. Dieselben mögen z. T. mittelbar durch die tellurischen und klimatischen Verhältnisse der einzelnen Länder bedingt sein, in wohl noch höherem Grade hängen sie aber von ihren sozialen und vor allem von ihren ökonomischen Zuständen ab.

Es kamen (nach Silbergleit[1]) auf 100 Lebendgeborene im 1. Lebensjahr Gestorbene in

1.	Irland	1871—80	9,7
2.	Norwegen	1889—91	10,1
3.	Schweden	1888—90	10,4
4.	Dänemark	1887—89	13,7
5.	Griechenland	1871—80	13,8
6.	Finnland	1888—90	14,4
7.	England und Schottland	1871—80	14,5
8.	Frankreich	1872—80	16,6
9.	Belgien	1891—92	16,6
10.	Italien	1891—92	18,5
11.	Schweiz	1871—80	19,4
12.	Rumänien	1871—80	19,7
13.	Niederlande	1871—80	20,3
14.	Preufsen	1890—92	20,7
15.	Baden	1890—92	22,2
16.	Württemberg	1890—92	25,3
17.	Oesterreich	1890—92	25,4
18.	Bayern	1890—92	27,4
19.	Sachsen	1890—92	28,1
20.	Europ. Rufsland (ohne Finnland und Polen)	1871—79	29,6

Unter den Gütern des Lebens ist es der Wohlstand, dessen Einfluß auf das kindliche Gedeihen dem blödesten Auge leicht ersichtlich ist. Wenn wir seiner Bedeutung nachgehen, so dürfen wir freilich nicht vergessen, daß er nicht für sich zu beglücken vermag, sondern nur insoweit, als Entwickelung der Intelligenz und der Moralität, sowie körperliche Gesundheit in seinem Gefolge sind. Wir können überhaupt den Einfluß des Wohlstandes nicht als solchen, sondern nur in seiner Vereinigung mit jenen anderen Komponenten zur Anschauung bringen.

Wie hoch sich die Kindersterblichkeit in Europa bei Abwesenheit jeden materiellen Mangels aus physischen und klimatischen Ursachen in den letzten Jahrzehnten gestellt hätte, deutet die folgende Berechnung an, welche für die Kinder der souveränen Fürstenhäuser (ausschließlich der Türkei) aufgestellt ist.

Nach einer Zusammenstellung aus H. R. Hiort-Lorenzen[5] wurden in den souveränen Häusern in den Jahren 1850-1870 355 Kinder geboren; von ihnen waren totgeboren 7 = 1,97 Proz. und starben außerdem im Alter von 0—14 Jahren 58 = 16,6 Proz. der Lebendgeborenen. Die Todesfälle verteilen sich auf die einzelnen Lebensjahre in der folgenden Weise: 0—1 J. 7,8 Proz.; 1—2 J. 2,5 Proz.; 2—3 J. 1,2 Proz.; 3—4 J. 1,4 Proz.; 4—5 J. 0,0 Proz.; 5—10 J. 2,3 Proz.; 10—15 J. 1,4 Proz. der Lebendgeborenen.

Den Einfluß der sozialen Stellung auf die Kindersterblichkeit finden wir für Preußen gut zur Anschauung gebracht, und zwar besonders mit Rücksicht auf die Säuglingssterblichkeit, welche überhaupt das feinste Reagens auf die sozialen Einflüsse darstellt.

Wir benutzen eine Berechnung von Eröss[4], welche aus der preußischen Statistik[5] gemacht ist und noch durch die Zahlen für das Jahr 1893[5] (134. Bd. 1895) zu ergänzen wäre. Es betrug im Verhältnis zu den Lebendgeborenen die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1886—92 bei den Personen des stehenden Heeres und der Kriegsflotte 15,39 Proz., bei den öffentlichen Beamten 16,59, bei den Privatbeamten 17,75, bei den Selbständigen in Besitz, Beruf und Erwerb 18,44, bei den Gehilfen, Gesellen, Lehrlingen, Fabrikarbeitern u. s. w. 20,71, bei Rentnern, Pensionären, Altsitzern und Ausgedingten 21,01, bei den Tagesarbeitern, Tagelöhnern, Lohndienern u. s. w. 22,29, bei den Dienstboten, Knechten, Mägden und Gesinde aller Art 30,0, bei den Almosenempfängern 36,37 Proz.

Am ausführlichsten und unter thunlichster Berücksichtigung aller eine solche Statistik gefährdenden Fehlerquellen ist wohl der Einfluß der sozialen Gliederung der Bevölkerung auf die Kindersterblichkeit in der dänischen Statistik von Rubin und Westergaard[6] (s. auch Denmark[7]) berücksichtigt worden.

Es sind dort 5 Gruppen unterschieden, die an dieser Stelle nur kurz charakterisiert werden mögen: 1) Beamte, akademisch gebildete Stände, Fabrikanten. 2) Kleinere Handwerker und Gewerbetreibende. 3) Lehrer, Kontoristen, Kommis. 4) Untergeordnete Angestellte, Ausläufer, Dienstboten. 5) Handwerksgesellen, Fabrik- und andere Arbeiter. Wenn in der 5. Gruppe 100 Kinder geboren wurden, so kamen auf die erste 97, die zweite 94, auf die dritte 84, auf die vierte 90 Geburten; hingegen stellte sich die Nettofruchtbarkeit, d. h. die Zahl der überlebenden Kinder so, daß auf 100 am Leben bleibende Kinder in Gruppe V in Gruppe I, II, III, IV 109, 97, 90 und 94 Kinder kamen (Denmark[7] p. 370).

Die sozialen Gegensätze drängen sich besonders eng in den Großstädten zusammen; bei dem Ueberwiegen der untersten Klassen übertrifft die Sterblichkeit in ihnen gewöhnlich den Durchschnitt des Landes. Immerhin giebt es außerdem andere Umstände, wie z. B. der Zufluß von Schwangeren oder der Abzug Neugeborener nach dem Lande hin, welche die Zahlen für die Säuglingssterblichkeit in den Städten wenig durchsichtig erscheinen lassen (s. die neuesten Zahlen hierfür bei Silbergleit[1] p. 168 ff.)

In welcher Weise die sozialen Gegensätze in den Großstädten ihren Einfluß auf die Säuglingssterblichkeit geltend machen, geht beispielsweise daraus hervor, daß Berlin mit seiner entsprechend der materiellen Lage örtlich einigermaßen verteilten Bevölkerung in den ärmeren Vierteln $2^1/_2$ mal so viel Säuglinge als in den wohlhabenderen Stadtteilen verliert (im Jahre 1890, Böckh[8] p. 101).

Die Gesamtsterblichkeit der Säuglinge ist hier eine hohe und übt auf die Sterblichkeit Berlins (ähnliche Verhältnisse zeigen andere Großstädte) überhaupt einen bedeutenden Einfluß aus. Während Berlin im Jahre 1891 unter 92 preußischen Städten mit mehr als 20000 Einwohnern mit einer Sterbeziffer von 21,1 Proz. an der 28. Stelle stand, nahm es nach Abrechnung der Sterbefälle im 1. Lebensjahre mit einer Sterbeziffer von 13,3 Proz. schon die 9. Stelle ein. Hingegen nahm es nach seiner Säuglingssterblichkeit (324,2 ‰) die 72. Stelle unter jenen 92 Städten ein (Preuß. Statist. 124. Bd. Berlin 1893).

Thatsächlich sind natürlich die Gegensätze noch viel stärkere. Bei der ziemlich engen Beziehung zwischen materieller Lage und Wohndichtigkeit könnte man noch schärfer durch Heranziehen dieses letzteren Faktors den Einfluß der materiellen Lage auf die Kindersterblichkeit zur Anschauung bringen. Solche Zahlen sind uns leider nur für New York bekannt, obgleich sie für deutsche und österreichische Verhältnisse vermutlich noch viel gegensätzlicher sein würden.

In New York starb im Jahre 1891 von den in verschieden dicht bewohnten Häusern lebenden Kindern unter 5 Jahren folgender Promillesatz: in Häusern mit weniger als 20 Bewohnern 77,91, mit 20 bis 40 Bewohnern 76,67, mit 40—60 Bewohnern 88,53, mit 60—80 Bewohnern 100,55, mit 80—100 Bewohnern 95,78, mit über 100 Bewohnern 85,51, während überhaupt von allen unter 5-jährigen Kindern 86,80 ‰ starben [9].

Wenn die höhere Kindersterblichkeit gewisser sozialer Gruppen vor allem auf materiellen Mangel und dessen Folgezustände zurückzuführen ist, so bergen diese Ursachen wieder in sich selbst Faktoren, welche noch auf ihre weitere Verstärkung hinwirken.

In dem Maße, als die Zahl derer wächst, welche sich von einem bestimmten Vermögen nähren müssen, tritt eine Minderung des Wohlstandes ein — mindestens auf so lange, als die einzelnen nicht selbst wieder produktiv werden: es muß daher eine große Kinderzahl durch Beeinflussung der Vermögensverhältnisse mittelbar die Kindersterblichkeit steigern. Diese Wirkung, welche schon unter verhältnismäßig günstigen sozialen Verhältnissen sich zu erkennen giebt, tritt bei den unbemittelten Klassen in geradezu verhängnisvoller Weise in die Erscheinung; kommt doch hier, von der sozialen Lage als solcher ganz abgesehen, noch der Umstand hinzu, daß die Männer verhältnismäßig früh die Ehe eingehen und die Ehen hier von der verhältnismäßig größten Fruchtbarkeit sind.

Wenn mit zunehmender Fruchtbarkeit der Ehen die Lebenswahrscheinlichkeit der Kinder abnimmt, so wird es begreiflich, daß es die in der Reihenfolge späteren Kinder sind, welche häufiger sterben; doch würde man irren, wenn man die mit der Kinderzahl steigende Kindersterblichkeit ausschließlich und unmittelbar mit der steigenden Armut in Verbindung setzte. Es stellen sich diese Beziehungen vielmehr als ziemlich verwickelt dar. So deutet auf körperliche Ursachen der Umstand, daß sich mit zunehmender Geburtenzahl in gewissem Grade die Widerstandsfähigkeit schon unmittelbar nach der Geburt des Kindes vermindert (Geißler [10] p. 388). Auch dürfte sich die erhöhte Säuglingssterblichkeit bei den späteren Kindern zu einem nicht unbeträchtlichen Teil rein physisch in der Art erklären, daß mit zunehmender Kinderzahl die Fähigkeit der Mutter, ihr Kind zu säugen, regelmäßig abnimmt (Statistik von Böckh in der Berliner Volkszählung von 1890).

Das Säugen erhöht übrigens nicht nur unmittelbar die Lebenswahrscheinlichkeit des gestillten Kindes, sondern auch mittelbar, insofern während der Säugeperiode mit einiger Sicherheit einer neuen Schwängerung vorgebeugt ist. Die mit zunehmender Kinderzahl steigende Verarmung wird hierdurch hintangehalten, und im besonderen wird die Erzeugung eines durch die spätere Geburtenfolge noch ungünstiger gestellten Kindes erspart.

Hingegen wirkt eine aus äußeren oder physischen Ursachen bestehende Unmöglichkeit des Stillens in dem Sinne, daß die Geburtenzahl und gleichzeitig die hiermit verknüpfte Gefährdung des einzelnen Kindes zunimmt (Geißler[10]). In dem gleichen Sinne begünstigt der frühzeitige Tot eines Kindes die eheliche Fruchtbarkeit und infolgedessen die Sterblichkeit der späteren Kinder. So kommt es, daß z. B. Geißler[10] in Orten mit hoher Säuglingssterblichkeit etwa 22 Proz. der Gebärenden, in den Orten mit geringer Säuglingssterblichkeit nur 14 Proz. fand, die mehr als 8 Kinder hatten.

Die dänische Statistik giebt hierüber eine lehrreiche Tabelle, die, um ein gleichmäßiges Material zu verwerten, für 10—14 Jahre alte Ehen in der Arbeiterbevölkerung berechnet ist (Denmark[7] p. 377).

	Es starben von 100 Kindern	Gesamtzahl der Kinder in 100 Familien	
		geboren	überlebend
Familien mit 1 Kind	20,0	100	80
„ „ 2 Kindern	19.1	200	162
„ „ 3 „	25,1	300	225
„ „ 4 „	23,4	400	306
„ „ 5 „	24,5	500	377
„ „ 6 „	31,1	600	413
„ „ 7 „	35,8	700	449
„ „ 8 „	40,3	800	478
„ „ 9 und mehr Kindern	52,5	900	427

(Es wird angenommen, dafs genau 9 Kinder in der Familie waren.)

Im großen läßt sich in den einzelnen Staaten eine, wenn auch nicht vollkommen gesetzmäßige, so doch immerhin deutliche Beziehung zwischen Geburtenfrequenz und Säuglingssterblichkeit wahrnehmen. Man vergleiche die Reihenfolge der Staaten in den Tabellen, welche die Geburtenfrequenz und die Säuglingssterblichkeit angeben (s. S. 434 und 437).

Den Einfluß zugegeben, welchen eine große Kinderzahl auf die Verarmung und z. T. hierdurch auf eine hohe Kindersterblichkeit ausübt, so giebt es doch noch andere Faktoren, welche in der gleichen Richtung schwerwiegende Folgen haben.

Nach der sozialen Ordnung, die sich naturgemäß entwickelt hat, kommt der Mutter die Pflege des Kindes zu, während der Vater sich und seiner Familie den Lebensunterhalt verschafft. Je jünger das Kind ist, um so mehr ist es zur Erhaltung seines Lebens auf die Mutter angewiesen; aber auch im späteren Kindesalter hat die Mutter innerhalb der Familie den wesentlichen Anteil an der Pflege seiner Gesundheit und der Bildung seines Gemüts und Charakters. Es hat daher für das Kind die verderblichsten Folgen, wenn die Mutter dadurch, daß ihr die Pflichten des Erwerbes zufallen, ihrem natürlichen Berufe entzogen wird. Zunächst ist dies dort der Fall, wo Frau und Mann erwerben müssen, wobei es freilich noch einen großen Unterschied ausmacht, ob die Mutter in oder außer dem Hause dem Erwerbe nachgehen muß. So steigt die Sterblichkeit der Säuglinge in jenen Industriebezirken ungemein hoch, wo die Frauen häufig in Fabriken beschäftigt sind, während in anderen Bezirken (z. B. im Rheinland, wo dies nicht üblich ist) die

Sterblichkeit verhältnismäßig niedrig bleibt. Ist die Kinderzahl erst eine größere, so hört freilich die Arbeit außer dem Hause notgedrungen auf, während das erste Kind aus dem angeführten Grunde besonders häufig auf mütterliche Pflege und vor allem auf die Mutterbrust verzichten muß (hierüber siehe die Tabellen der Berliner Volkszählung und Graetzer[11]).

Noch viel schlimmer liegen aber die Verhältnisse, wenn die Mutter die gesamten Elternpflichten auf ihre an und für sich schwächeren Schultern nehmen muß, mag der Vater des Kindes gestorben, mag die Mutter von ihm geschieden oder verlassen oder überhaupt nicht mit ihm ehelich verbunden sein. Die Notlage, die hier leicht eintritt, wird durch eine große Kinderzahl noch verschärft; in manchen Fällen ist die letztere überhaupt die mittelbare Veranlassung für die wirtschaftliche Vereinsamung der Mutter. Wenigstens fand sich für Berlin, „daß der Anteil der eheverlassenen Frauen zwar einerseits nach der Seite der Kinderlosigkeit hin, noch mehr aber mit der größeren Zahl der Kinder zunimmt“ (Böckh[12], p. 181).

Es ist nur zu begreiflich, daß die Familien, denen der Vater fehlt, häufig bis zu derjenigen Stufe materieller Not sinken, welche den Eintritt der öffentlichen Armenfürsorge nötig macht, und es sind in dieser Hinsicht die folgenden Angaben lehrreich.

Unter 100 erwachsenen Selbstunterstützten im Königreich Sachsen (im Jahre 1885) waren 43,57 Proz. verwitwet (von ihnen 61,62 Proz. Frauen), 18,46 verheiratet, 4,01 getrennt lebend, 2,32 geschieden und 2,25 eheverlassen (Böhmert[13 14]).

Bringt man die Zahl der Unterstützten zu den entsprechenden Ziffern der Gesamtbevölkerung in Beziehung (Böhmert[14]), wobei freilich die getrennt lebenden und eheverlassenen Unterstützten mit zu den Verheirateten genommen werden mußten, so entfallen auf 100 Ledige 1,81 ledige Unterstützte; auf 100 Verheiratete nur 0,96 verheiratete Unterstützte, hingegen auf 100 Verwitwete 10,73 verwitwete Unterstützte und auf 100 Geschiedene 12,08 geschiedene Unterstützte. Während hiernach die Verheirateten das geringste Kontingent zu der Armenbevölkerung stellen, was wir mit Böhmert insofern als natürlich betrachten müssen, als die Ehe und die gegenseitige Unterstützung von Mann und Frau das sicherste Bollwerk gegen Verarmung bilden soll, zeigt die hohe Ziffer der geschiedenen Unterstützten, daß ein zerrissenes Familienleben sehr oft zugleich den wirtschaftlichen Ruin der Betroffenen bedeutet.

Wenn wir von dem Familienstande der Armen absehen und den Ursachen und der Dauer der Unterstützung nachgehen, so zeigt sich, daß besonders häufig (außer wegen Krankheit) wegen zu großer Kinderzahl — und zwar besonders bei Landarmen — eine dauernde Unterstützung notwendig wird. Erst hiernach kommen, nach der Häufigkeit geordnet, Verwaisung, Verlassen seitens des Ernährers, Strafverbüßung seitens desselben und Verwahrlosung, Arbeitsscheu oder Trunksucht seitens des Ernährers in Betracht, und zwar sind gerade unter diesen Rubriken die meisten der unterstützten Kinder zu finden (es treffen die gleichen Verhältnisse wie für das Königreich Sachsen auch für die untersuchten Provinzen Posen und Sachsen zu — Böhmert[13], spez. Teil, II. Abtlg. p. 19).

Die armenstatistischen Angaben deuteten schon den Einfluß an, welchen auf die Lage der Kinder neben dem Wohlstande die Sittlichkeit ihrer Eltern hat. Nicht nur der Familienstand — Böhmert[14] (p. 49) faßt mit Recht die Geschiedenen, Getrenntlebenden und Eheverlassenen als gewissermaßen mehr unmoralische Familienstandsgruppen zusammen — sondern vor allem die Ursachen der Armenunterstützung beleuchten dieses Moment.

Aber noch viel eindringlicher sprechen in dieser Richtung die Verhältnisse der unehelich Geborenen. Wenn wir zunächst einen

Blick auf ihre Anzahl und ihre sozialen Verhältnisse werfen, so begegnen wir erheblichen nationalen Verschiedenheiten.

Es waren von 100 Geburten unehelich (mit Ausschluß der Totgeborenen) Silbergleit[1] Tab. I, und Bulletin[18].

in	Zeitabschnitt	Proz.
1. Griechenland	1876—80	1,2
2. Irland	1887—91	2 8
3. Europäisches Rußland (ohne Finnland u. Polen)	1876—80	2,8
4. Niederlande	1887—91	3.2
5. England u. Wales	1887—91	4.5
6. Schweiz	1887—89	4.6
7. Rumänien	1886—90	5.8
8. Finnland	1887—91	6,5
9. Italien	1891—92	7.0
10. Norwegen	1887—91	7,3
11. Preußen	1890—92	7,6
12. Schottland	1887—91	7,9
13. Frankreich	1887—91	8,4
14. Baden	1890—92	8,5
15. Belgien	1891—92	8,8
16. Dänemark	1887—89	9.4
17. Schweden	1887—91	10,2
18. Württemberg	1890—92	10,2
19. Sachsen	1890—92	12.3
20. Bayern	1890—92	14.4
21. Oesterreich	1890—92	14,9

In Deutschland waren in der Periode 1882—1891 unter 100 Geborenen (einschließlich der Totgeborenen) 9,31 unehelich. Um die Verschiedenheiten anzudeuten, welche innerhalb desselben Landes bestehen können, sei erwähnt, daß die entsprechende Zahl für die Rheinprovinz (mit Regierungsbezirk Arnsberg), Oldenburg, Fürstentum Birkenfeld 3,42, hingegen für Bayern rechts des Rheines 15,05 betrug (p. 89).

Meist ist die Zahl der unehelichen Geburten in den Städten höher als auf dem Lande: während z. B. in den Jahren 1890—92 im ganzen preußischen Staate der Anteil der unehelichen Geburten 7,6 Proz. betrug, war er in sämtlichen preußischen Landgemeinden 6,8, in sämtlichen preußischen Städten 8,9 Proz. Eine unmittelbare Beziehung zwischen Einwohnerzahl und Häufigkeit der unehelichen Geburten wäre übrigens kaum zu erkennen (selbst wenn man den Einfluß, welchen das Bestehen von Entbindungsanstalten ausübt, ausschalten könnte). Wir vergleichen für die größten deutschen Städte die unehelichen Geburten mit der Einwohnerzahl:

(Siehe Tabelle S. 443.)

Die Beziehung der unehelichen Geburten auf alle Geburten empfiehlt sich, weil sie für alle Staaten leicht und sicher festzustellen ist; auch kommen hierbei die Schwankungen in der unehelichen Fruchtbarkeit, soweit sie von den gleichen Gesetzen wie die eheliche Fruchtbarkeit beherrscht wird, in Wegfall.

Eine noch genauere Vorstellung von der Bedeutung der unehelichen Geburten würde man freilich erhalten, wenn man die ehelichen Geburten auf die Zahl der verheirateten Frauen, die unehelichen auf die der unverheirateten bezöge (beide natürlich im gebärfähigen Alter genommen). Eine solche Berechnung, die sich nur für gewisse Jahre und Staaten auf-

	Bevölkerung am 1. XII. 1890	Proz. der unehelichen Geburten von allen Geburten (1890)
München	349 024	31,61
Leipzig	357 129	23.03
Dresden	281 681	20.47
Königsberg i./Pr.	161 666	16,56
Breslau	335 186	16.34
Hannover	163 593	16,29
Berlin	1 578 794	12,26
Hamburg (einschl. Vororte)	569 260	11,35
Frankfurt a./M.	179 985	11.24
Magdeburg	202 230	10,13
Köln	281 761	9.76

stellen läßt (Bullet. de l'Instit. internat. de Statistique VII [Roma 1894]), zeigt gegenüber unserer obigen Tabelle eine größere Häufigkeit der unehelichen Geburten, ohne die Reihenfolge der Staaten wesentlich zu ändern.

Wenn man den Geschlechtsverkehr im allgemeinen als ein natürliches und insofern berechtigtes Bedürfnis anerkennt, so muß man doch diejenige Form seiner Befriedigung für die in jeder Hinsicht zweckmäßigste halten, welche die Gesellschaft allmählich für ihre Zwecke ausgebildet hat. Darum wird aber der freie Verkehr mit seinen Folgen nie ganz zu vermeiden sein, wie verderblich dieselben auch im Besonderen für die uneheliche Mutter und ihr Kind sein mögen. Denn es wird immer Personen geben, für welche die Ehe nicht erreichbar ist, weil sie die soziale Stellung, zu der sie die Verheiratung erhebt, aus ökonomischen oder anderen Gründen nicht auszufüllen vermögen, oder weil ihre Achtung vor den gesellschaftlichen Einrichtungen, mit anderen Worten, ihre Moralität nicht genügend entwickelt ist.

Die Vermehrung der unehelichen Geburten durch materiellen Notstand ist zwar schwer exakt zu beweisen, aber schon aus der nachweisbaren Beschränkung, welche letzterer auf die Zahl der Eheschließungen und hiermit auf die Zahl der ehelichen Geburten übt, zu vermuten. Wenn trotz der unwillkürlichen Regulierung der Eheschließungen durch die materiellen Verhältnisse noch immer eine gewisse Zahl Ehen vorhanden ist, die sich wirtschaftlich nicht halten können, so haben sich kurzsichtige Gesetzgeber veranlaßt gesehen, die Eheschließung willkürlich noch weiter einzuschränken; in natürlicher Folge findet hiermit noch eine weitere Vermehrung der unehelichen Geburten mit allen ihren Nachteilen statt*).

Insofern Vermögen gewöhnlich Bildung und Sittlichkeit in seinem Gefolge hat, ist der Sittlichkeitsfaktor, der neben den Vermögensverhältnissen auf die Stärke des außerehelichen Verkehrs Einfluß übt, von den letzteren nicht scharf zu trennen. Immerhin ist auch, von allen anderen Einflüssen abgesehen, an und für sich die geschlechtliche Sittlichkeit nach Volksstämmen und Bevölkerungsklassen verschieden entwickelt. Es haben infolgedessen die außerehelichen Be-

*) Noch jetzt besteht in Bayern ein Konsensrecht der Gemeinde, sodafs die Gemeinde, wenn der Konsens nicht eingeholt war, die Ehe als ungiltig und die Kinder demnach als unehelich ansieht (Flesch [16]).

ziehungen thatsächlich eine sehr verschiedene Bedeutung und unterliegen einer sehr verschiedenen Beurteilung von seiten der Beteiligten selbst und ihrer Standesgenossen. Wohl verhältnismäßig selten ist der Geschlechtsverkehr, wenigstens soweit er fruchtbar und hierdurch für uns von Interesse ist, die Folge von Leichtfertigkeit oder zügelloser Sinnlichkeit, die unter Umständen noch durch geistige Abnormitäten begünstigt sein mag. Häufiger stehen Mann und Frau in einem festeren Verhältnis, das sich selbst zu einer sogenannten wilden Ehe entwickeln kann oder den Vorläufer einer wirklichen Verehelichung darstellt.

Bei der ländlichen Bevölkerung Dänemarks fand sich (wesentlich für die Jahre 1878—1882) z. B., daß von 100 Erstgeborenen nicht weniger als 39 noch nicht 7 Monate nach der Hochzeit geboren wurden; zu diesen kamen 9 Proz., die 7—9 Monate nach der Hochzeit zur Welt kamen und wohl meist ebenfalls schon vorher erzeugt waren. Von den Mädchen, die zur Zeit der Hochzeit nicht schwanger waren, hatte ein großer Teil schon vorher vom Bräutigam oder anderen uneheliche Kinder gehabt, sodaß es für wahrscheinlich gehalten wird, daß (bei Ausschluß der kinderlosen Ehen) in $^2/_3$ aller Heiraten die Mutter bei der Hochzeit schon ein Kind gehabt hatte oder in anderen Umständen war (Denmark[7]).

Daß diese Verhältnisse für das Schicksal des Kindes von Bedeutung sind, ist klar: während das Kind als Produkt einfacher Leichtfertigkeit beider Eltern im höchsten Maße gefährdet ist, kann es bei der Verheiratung seiner Erzeuger sogar hoffen, wesentlich in die Lage eines legitimen Kindes zu kommen. Daneben spielt aber die Beurteilung des jeweiligen Geschlechtsverkehrs durch die Standesgenossen der Eltern für das Schicksal des Kindes eine wesentliche Rolle, wobei hauptsächlich die Angehörigen der Mutter in Betracht kommen; bei der wirtschaftlichen Abhängigkeit, in der sich eine mit einem Kinde belastete ledige Person von ihren Angehörigen befindet, führt eine nachsichtige Beurteilung des Fehltrittes häufig zur Aufnahme des Kindes in die mütterliche Familie, eine unnachsichtige Ahndung hingegen zu seinem Untergange.

Ein lehrreiches Beispiel hierfür geben die unehelichen Geburten bei der jüdischen Bevölkerung in Preußen. Es werden bei den Juden infolge der Heiligkeit ihres Familienlebens nur selten Kinder unehelich geboren. Gerade die Achtung vor der Ehe bringt es andererseits häufig mit sich, daß zwischen der Familie und der Gefallenen jedes Band der Zusammengehörigkeit durchschnitten wird. Während die jüdische Bevölkerung eine niedrigere Säuglingssterblichkeit als die andersgläubige Bevölkerung hat, ist infolgedessen die Sterblichkeit bei ihren unehelich Geborenen sogar noch größer als bei den Unehelichen in der christlichen Bevölkerung (v. Firks[17]).

Mag auch im einzelnen die Lebenswahrscheinlichkeit des unehelichen Kindes verschieden groß sein, je nachdem Leichtfertigkeit, soziale Ungunst oder Landessitte bei seiner Erzeugung mitspielten, und je nachdem bei seinem Eintritt ins Leben Mutter und mütterliche Verwandte den Willen und die Mittel zum Großziehen hatten, so ist jedenfalls das uneheliche Kind im Durchschnitt überall viel ungünstiger als das eheliche gestellt und zeigt dementsprechend eine viel höhere Sterb-

lichkeit. Die legitimen und illegitimen Säuglinge hatten in acht europäischen Staaten folgende Sterblichkeit (mit Benutzung von Eröss[4], Tab. XIII):

		Zeitraum	ehelich	unehelich	auf 1 ehel. sterben unehel.
1.	Holland	1885—90	17,5	29,6	1,69
2.	Italien	1884—91	18,6	26,2	1,41
3.	Preußen	1886—92	19,4	36,2	1,86
4.	Frankreich	1885—90	15,4	28,5	1,85
5.	Schweden	1881—90	9,5	14,4	1,52
6.	Sachsen	1891—92	26,4	38,0	1,44
7.	Bayern	1879—88	27,6	36,6	1,33
8.	Oesterreich	1886—87	25,8	30,1	1,16

Ueberblicken wir die Tabelle, in der die Staaten nach der Häufigkeit ihrer unehelichen Geburten geordnet sind, sodaß Oesterreich mit der größten Frequenz zuletzt steht, so läßt sich eine gesetzmäßige Beziehung zwischen Zahl der unehelichen Geburten oder Sterblichkeit der ehelichen Kinder einerseits und Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge andererseits kaum aufstellen. Immerhin ist aber sowohl bei hoher Sterblichkeit der ehelichen sowie auch bei großer Häufigkeit der unehelichen Geburten — und beides trifft nicht selten zusammen — häufiger zu bemerken, daß sich der Unterschied zwischen der Sterblichkeit der ehelichen und unehelichen vermindert. In Ländern, welche diese ungünstigen Verhältnisse zeigen, ist es offenbar die niedrige Lebenshaltung, welche in gleicher Weise auf zahlreiche uneheliche Geburten und allgemein hohe Kindersterblichkeit hinzielt und den Unterschied zwischen Ehelichen und Unehelichen verwischt.

Die Sterblichkeit der Knaben übertrifft im Säuglingsalter bei den illegitimen ebenso wie bei den legitimen Kindern diejenige der Mädchen. So starben (Eröss[4], Tab. XIII):

	von den legitimen		von den illegitimen	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Oesterreich	25,8	21,7	31,4	28,8
Italien	19,6	17,6	26,4	26,2
Frankreich	16,8	14,0	30,3	26,7
Schweden	10,0	8,5	16,9	13,3

Die unehelichen Kinder sterben innerhalb des Säuglingsalters **schneller** ab als die ehelichen, indem sich der ungünstige Einfluß der unehelichen Geburt in der Zeit der geringsten Widerstandsfähigkeit — also im zartesten Säuglingsalter — am stärksten geltend macht.

Z. B. war die Sterblichkeit der unehelichen Kinder in Berlin im Jahre 1892 vor vollendetem 1. Monat 3,2, vor 2. Monat 2,77 vor 3. Monat 2,60, vor 4. Monat 2,16, vor 5. Monat 1,83, vor 6. Monat 2,03, vor 7. Monat 1,88 u. s. f. mal so groß als bei den ehelichen (Böckh, vergl. auch J. Körösi[20]).

Steigen wir schließlich zu der tiefsten Stufe des menschlichen Elends hinab, so finden wir hier die größte Säuglingssterblichkeit. Auf das Kind der Prostituierten wirkt die Vereinigung von Laster, Krankheit und Armut. Kommt es überhaupt lebend und rechtzeitig zur Welt, so steht ihm gewöhnlich nur ein kurzes Dasein bevor.

Wie schrittweise mit dem moralischen Sinken der Mutter die Lebenswahrscheinlichkeit des Kindes abnimmt, läßt sich gut aus den folgenden Zahlen erkennen, die ich der Güte des Herrn Privatdozenten Dr. G. Behrend, Vorstehers der städtischen Abteilung für Geschlechtskranke in Berlin, verdanke. Von den 704 unter polizeilicher Aufsicht stehenden Prostituierten, welche dort vom 15. Juni 1893 bis 1. April 1894 aufgenommen wurden, hatten 168 schon geboren. Bevor sich die Polizei mit ihnen zu befassen hatte, waren 139 Geburten erfolgt: von diesen waren 15,1 Proz. als Fehl-, Früh- oder Totgeburten erfolgt. Von den 118 lebend geborenen Kindern waren 49,1 Proz. schon im 1. Lebensjahre gestorben; 3,4 Proz. waren noch im 1. Lebensjahre und 47,5 Proz. hatten es schon überschritten. Ungünstiger stellt sich schon das Verhältnis, wenn wir die 49 Geburten betrachten, welche um die Zeit stattfanden, als die Betreffenden unter Ueberwachung kamen. Von diesen z. T. durch geheime Prostitution veranlaßten Schwangerschaften führten 24,5 Proz. zu einem fehlerhaften Ausgange; von den 37 rechtzeitig und lebend Geborenen starben 64,8 Proz. im 1. Lebensjahre; 13,5 Proz. hatten noch nicht das 1. Lebensjahr überschritten, während 21,7 Proz. über dasselbe hinaus waren. Von den bei offener Prostitution entstandenen 37 Schwangerschaften führten schließlich nur noch 18 (48,7 Proz.) zu lebenden Kindern; von diesen starben im 1. Jahre schon 87,8 Proz., nur 2 Kinder blieben jenseits desselben am Leben.

Wenn wir andeuteten, wie das Gedeihen des Kindes durch allgemeine Umstände — Vermögen, Bildung und Sittlichkeit der Eltern — bestimmt wird, so bietet doch für sich allein noch keines dieser Momente eine Gewähr für das Wohlergehen des Kindes, und ebensowenig läßt sich voraussagen, wie groß im Einzelfalle der Schaden sein muß, den das Kind durch Mangel in der einen oder anderen Richtung davontragen wird. Vielmehr wird häufig in überraschender Weise die von einer Seite her kommende Lebensbedrohung durch ein anderes günstiges Moment nicht nur ausgeglichen, sondern selbst überkompensiert.

Um dies deutlich zu machen, zeigen wir in der folgenden Tabelle, wie der Einfluß ehelicher und unehelicher Geburt sowie der sozialen Lage unter Umständen durch die Zufügung eines ferneren Faktors — des Stadt- bezw. Landlebens — bedeutend abgeändert werden kann.

Es starben in den Jahren 1820—79 von 1000 Lebendgeborenen im 1. Jahre:

	in der Arbeiterklasse	in anderen Klassen	eheliche	unehel. Kinder
in Kopenhagen	204	167	192	369
in dänischen Provinzialstädten	147	113	126	170
auf dem flachen Lande	120	118	119	164

Abgesehen von der äußeren Lebenslage, welche in vielfältigster Weise Leben und Gesundheit der Kinder bestimmt, giebt es noch einen Faktor, welcher sich, wenn auch nicht in gleichmäßiger und meßbarer Weise, so doch überall zur Geltung bringt. Die Ansprüche, welche in einem Volke, wie an das Leben überhaupt, so auch im Besonderen an die Pflege der Kinder gestellt werden, beeinflussen bei Arm und Reich die Größe der Mittel, welche zur Aufziehuug eines Kindes zur Verfügung gestellt werden und die Art und Weise, in der sie verwendet werden. Wo die allgemeine Lebenshaltung, der standard of life, sehr niedrig ist, wird unter den verschiedensten Verhältnissen dasjenige, was dem Kinde gewährt wird, im Durchschnitt hinter demjenigen zurückbleiben, was bei einem mit seinen Bedürfnissen höher eingestellten Volke oder Stand als zweifellos nötig erscheint. Wenn eine gewisse Kulturstufe bestimmte Ansprüche zeitigt, so verändern sich die Lebensverhältnisse allmählich in einer solchen Richtung, daß ihre Erfüllung möglich wird. Im Besonderen geht die Tendenz dahin, bei zunehmendem Bedürfnis des einzelnen die Zahl der Individuen zu beschränken; die Ehen werden später geschlossen, und in ihnen schränkt sich die Zahl der Kinder im allgemeinen so weit ein, daß dem einzelnen Kinde das für nötig erachtete geboten werden kann.

III. Schluss.

Unsere Erörterungen zeigten, wie sich die Lebenswahrscheinlichkeit der Kinder nach den verwickelten Verhältnissen bestimmt, welche das menschliche Leben überhaupt beherrschen. Ganz besonders steht die Gesundheit der Kinder in gerader Abhängigkeit von den vorhandenen Mitteln, sodaß vor allem durch eine absolute Vermehrung der letzteren sowie aus ihrer zweckmäßigeren Verteilung und Verwendung eine Besserung zu erwarten ist. Freilich kann man selbst dann nicht hoffen, den Kampf des Menschen gegen die Naturkräfte zu Ende geführt zu sehen oder einen Ausgleich der Gegensätze zu beobachten, die in der menschlichen Gesellschaft selbst immer neu dadurch entstehen, daß die ethische und die Verstandesbeschaffenheit der Einzelnen sowie ihre Körperkraft verschieden ist. Aber dies alles zugegeben, lassen sich dennoch mit den Fortschritten im sozialen Leben und in der Wissenschaft auch in der Kinderhygiene große Erfolge erzielen. Wir brauchen nur daran zu erinnern, daß sich schon jetzt die Sterblichkeit des empfindlichen Säuglingsalters in einem ganzen Lande wie Norwegen auf den ungefähren Satz von 10 Proz. der Geborenen vermindert hat, der nicht weit von der Sterblichkeit der am günstigsten in Europa situierten Kinder entfernt bleibt. Die folgenden Ausführungen werden im einzelnen zeigen, wie die Fürsorge für das kindliche Leben gerade in den letzten Jahrzehnten nicht nur größer, sondern auch planmäßiger und weitsichtiger geworden ist: wie weit sie schon jetzt ihr Ziel zu erreichen imstande ist, werden wir am Schlusse besprechen.

1) **Silbergleit**, *Ueber d. gegenwärtigen Stand der Kindersterblichkeit etc.*, *Hyg. Rundschau No.* 5 (1895).
2) *Stat. d Deutsch. Reiches N. F.* 68, *Volkszählung* 1890, *Berlin* 1894.
3) *Preuſs. Statistik* 132, *Berlin* 1894.
4) **Jul. Erőss**, *Ueber die Sterblichkeitsverh. der Neugeborenen und Säuglinge*, *Z. f. Hyg.* 19. *Bd.* 3. *H.* (1895).

5) **H. R. Hiort-Lorenzen**, *Annuaire généalogique des maisons souveraines en Europe*, 5me *Année Berlin*, *Puttkammer u. Mühlbrecht* 1886.
6) **Rubin und Westergaard**, *Stat. d. Ehen auf Grund der sozialen Gliederung der Bevölkerung, Jena* 1890.
7) *Denmark, its medical organization, hygiene and demography, published with subvention of the danish government* (*Kopenhagen* 1891).
8) *Stat. Jahrbuch d. Stadt Berlin* (1889/90).
9) *Annual Report of the Board of Health of the Health Department of the city of New York for the year ending Dec.* 31 (1891).
10) **Geissler**, *Ueber Kindersterblichk. und eheliche Fruchtbarkeit im sächs. Bergmannsstande, Jahrb. f. Kinderh.* 23. *Bd.* (1885).
11) **Graetzer**, *Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 35. *Bd.* (1893): *Einiges über die Ernährungsweise der Säuglinge bei der Berliner Arbeiterbevölkerung.*
12) **R. Böckh**, *Die stat. Messung der ehelichen Fruchtbarkeit, Bulletin de l' Institut intern. de Statistique, Tome V* (1890), *Roma* 1890, *Livraison* 1 (*verwiesen auf Stat. Jahrb.* 1886/87)
13) **Böhmert**, *Das Armenwesen in 77 deutschen Städten und einigen Landarmenverbänden, Dresden* 1886.
14) **Böhmert**, *Die weiteren Ergebnisse der sächs. Armenstat. f. d. J.* 1885, *Z. d. Kgl. sächs. Stat. Bureaus XXXIV Jahrg.* (1888).
15) *Vierteljahrshefte zur Stat. d. Deutsch. Reiches, II. Jahrg.* (1893).
16) **Flesch**, *Schr. d. Deutsch. Ver. f. Armenpfl.* 13. *H.* (1890).
17) **v. Firks**, *Z. d. preuſs. stat. Bureaus* (1885).
18) *Bulletin de l' Institut intern. de Statistique, Tome VII, Rom* 1894.
19) *Oesterreichische Statistik* 38. *Bd.* (1895) 3. *H.*: *Bewegung der Bevölkerung i. J.* 1892.
20) **J. Körösi**, *Die Sterblichkeit der Stadt Budapest i. d. Jahren* 1882—85, *Berlin* 1888.

Besonderer Teil.

A) Schutz vor, bei und nach der Geburt.

1. Fehl-, Früh-, Totgeburten. Lebensschwache Kinder.

Nicht nach den Sternen, unter denen es geboren ist, sondern nach denen, unter denen es erzeugt wurde, sollte dem Menschen sein Horoskop gestellt werden. Geistige und körperliche Gesundheit, soziale Stellung der Eltern, eheliche oder uneheliche Zeugung üben schon auf die Leibesfrucht ihren schwerwiegenden Einfluß aus. Die ungünstigen Folgen können sich in der Weise äußern, daß eine Fehlgeburt oder, sobald die Frucht den 6. Kalendermonat in ihrer Entwickelung überschritten hat, ohne jedoch schon reif zu sein, eine Frühgeburt eintritt. Kommt die Frühgeburt oder auch die ausgetragene Frucht tot zur Welt, so hat man es mit einer Totgeburt zu thun; bleibt die Frühgeburt jedoch zunächst am Leben, so zeigt sie häufig die Zeichen der Lebensschwäche, der sie meistens nach kurzer Zeit erliegt. An ihr können auch rechtzeitig geborene Kinder bald nach der Geburt zu Grunde gehen, wenn sie schon krank zur Welt gekommen sind.

Die Gefahren, welche der Leibesfrucht bis zum Zeitpunkt der vollendeten Geburt drohen, zahlenmäßig zu beleuchten, stößt auf große Schwierigkeiten: die amtliche Statistik kann die Fehlgeburten als solche überhaupt nicht berücksichtigen, und es ist außerdem die Abgrenzung der Fehlgeburt von der Totgeburt und der letzteren von den unmittelbar nach der Geburt eingetretenen Todesfällen nicht immer nach den gleichen Grundsätzen und mit der gleichen Sorgfalt erfolgt.

Immerhin geben wir für eine Reihe von Kulturländern einen Ueberblick des durchschnittlichen Prozentsatzes, den die Totgeborenen von allen Geborenen ausmachen und gliedern hierbei nach ehelicher und unehelicher Geburt.

(Siehe Tabelle S. 450.)

Die Ursachen der Fehl-, Früh- und Totgeburt sind z. T. die gleichen und später gemeinsam zu besprechen. An dieser Stelle käme zunächst die willkürliche Schädigung der Frucht durch die Mutter in Betracht, welche wesentlich im Beginn der Schwangerschaft zu gewärtigen ist.

Ebensowenig wie bei vielen Naturvölkern, hat bei den alten Griechen und Römern die Fruchtabtreibung für strafwürdig gegolten, und selbst bei den christlichen Völkern herrschte fast bis in die Mitte

Es kamen Totgeburten [17]

in	Zeitraum	auf 100 eheliche Geburten	auf 100 uneheliche Geburten
Spanien	1878—82	1,22	3,37
Ungarn	1887—91	1,90	3,06
Schweden	1887—91	2,50	3,65
Norwegen	1887—91	2,58	3,92
Finnland	1887—91	2,63	4,78
Dänemark	1885—89	2,64	4,12
Oesterreich	1887—91	2,64	4,10
Bayern	1887—91	3,20	3,53
Württemberg	1887—91	3,40	3,41
Preufsen	1887—91	3,51	4,77
Sachsen	1887—91	3,52	4,37
Deutschland	1886—90	3,58	4,50
Italien	1887—91	3,59	4,69
Schweiz	1885—89	3,78	6,26
Frankreich	1886—90	4,27	7,82
Belgien	1887—91	4,43	5,96
Holland	1887—91	4,65	8,04

Es überwiegt bei den Totgeburten das männliche Geschlecht in viel höherem Maße, als es dies bei den Geburten überhaupt thut.

des vorigen Jahrhunderts die Meinung, daß die Abtreibung kein Kindesmord sei, wenn sie vor der „Belebung" der Frucht vorgenommen werde (Ploss [1]). Während jenes Entwickelungsstadiums der Frucht, in dem sie dem Unbefangenen noch nicht den Eindruck eines beseelten menschlichen Wesens macht, kann man weder mit den Gefühlen der Zuneigung noch auf die Achtung vor dem menschlichen Individuum rechnen, sodaß das kindliche Leben im Beginn seiner Entwickelung auch in den modernen Kulturstaaten ungemein oft der Zerstörung anheimfällt. Bei unehelicher Erzeugung ist es die Furcht vor Schande, bei ehelicher sind es materielle Rücksichten, besonders der Wunsch, einem zu reichen Kindersegen vorzubeugen (von einfacher Leichtfertigkeit abgesehen), welche die Fruchtabtreibung veranlassen.

So häufig auch unzweifelhaft die Furcht vor Schande zur Fruchtabtreibung führt, so scheint sie doch glücklicherweise verhältnismäßig nur selten zum Selbstmord der Geschwängerten Veranlassung zu geben. Ich ersehe aus den mir freundlichst vom Gerichts-Physikus Herrn Prof. Dr. Fr. Straßmann zur Verfügung gestellten Sektionsprotokollen des Leichenschauhauses in Berlin (vom Januar 1884 bis Mai 1894), daß von 58 unverheirateten Selbstmörderinnen im Alter von 15 bis 45 Jahren nur 5 schwanger waren (hingegen von 13 Ehefrauen im gleichen Alter 3) — Zahlen, die zwar ohne weiteres nicht zu verwerten sind, aber immerhin in dieser Richtung einen gewissen Anhalt geben.

Die Gesetzgebung ist gegenüber der Fruchtabtreibung ziemlich machtlos; Frankreich (Code pénal, Article 317), das schon den Versuch der Abtreibung wie das Verbrechen selbst bestraft, steht, wie es scheint, in der Häufigkeit der Abtreibung trotzdem obenan, und in Deutschland (Strafgesetzbuch §§ 218—220) wissen es die Aerzte zur Genüge, wie häufig der Abortus ist und wie selten das Gesetz den Schuldigen und seine Helfer zu treffen vermag. Riet man doch sogar, die Schwangere selbst straffrei zu lassen, um diejenigen Personen, welche Beihilfe bei der Abtreibung leisten und im allgemeinen für die Ausübung des Verbrechens nicht zu entbehren sind, um so sicherer zu treffen (Veit [2]) — ein Vorschlag, welcher jedoch aus mehr als einem

Grunde zurückgewiesen werden mußte [3]. Auch ausreichende Maßregeln zum Schutze der Neugeborenen (besonders der unehelichen) werden vermutlich die Häufigkeit der Fruchtabtreibung nicht wesentlich beeinflussen können, da nicht sowohl die Befürchtungen der ledigen Mütter um ihre und ihres Kindes Zukunft, als vielmehr der Wunsch, die Schwangerschaft überhaupt nicht erst sichtbar werden zu lassen, den Abtreibungsversuch zu veranlassen pflegt.

Mit Heranwachsen der Frucht kann ein gewaltsames Vorgehen den letzteren Zweck nicht mehr erreichen und erscheint auch für die Mutter gefährlicher, sodaß die Abtreibung gegenüber anderen Veranlassungen für eine vorzeitige Unterbrechung der Schwangerschaft in den Hintergrund tritt. Hier sind es zunächst Vergiftungen oder Infektionen der Mutter, welche den normalen Verlauf der Schwangerschaft stören.

Von den Vergiftungen sind es in erster Linie die Blei-, in zweiter die Quecksilber- und Phosphorvergiftungen, welche für die Frucht höchst gefährlich sind und gelegentlich verschiedener Berufsthätigkeiten zu stande kommen. So hat man früher Beobachtungen mitgeteilt, wonach unter dem Einfluß des Bleis von 100 Schwangerschaften 58 als Fehlgeburt (weitere 2,9 Proz. als Frühgeburt) geendet haben (Hirt [4]). Wenn trotzdem die Vergiftungen nicht das gleiche Interesse wie die Infektionen an dieser Stelle beanspruchen können, so kommt dies daher, daß eine viel größere Anzahl von Frauen den letzteren als den ersteren ausgesetzt sind. Dies gilt ganz besonders für die Syphilis.

Welche Bedeutung die Syphilis auf den Eintritt einer vorzeitigen Geburt und auf das Absterben der Frucht hat, zeigen Zahlen wie die folgenden. Unter 414 Schwangerschaften syphilitischer Mütter sah Le Pileur (nach Blaschko [5]) in dem Hospital Lourcine 154 Fehl-, Früh- oder Totgeburten (37,2 Proz.), hingegen sah Fournier im Hôp. St. Louis bei schwangeren Syphilitischen sogar 84 Proz. Totgeburten eintreten, und im Hôp. St. Lazare (wo die Gefangenen und Prostituierten behandelt werden) gebaren von den syphilitischen 78,4 Proz., von den nicht syphilitischen Schwangeren nur 3,8 Proz. Fehl- und Totgeburten. Runge führt 53 Proz. aller Aborte auf Syphilis zurück.

Außer den erwähnten Ursachen für Fehl- und Totgeburten sind allgemeinere Verhältnisse wie körperliches Elend, mangelnde Rücksicht auf den schwangeren Zustand, besonders ungeeignete Beschäftigung, anzuschuldigen. Während der Entbindung selbst kann die Frucht infolge krankhafter Zustände bei der Mutter oder der Frucht absterben; insofern solche Zustände häufig ärztliches Eingreifen veranlassen, sind bei letzterem höhere Zahlen für die Totgeburten anzutreffen. Andererseits kann eine Vernachlässigung des Geburtsaktes natürlich noch viel mehr zu einem ungünstigen Ausgang für Mutter oder Kind Veranlassung geben: nur dieser Fall kann uns beschäftigen, insofern er unter Umständen durch geeignete Hilfe zu vermeiden sein würde. Selbst in Staaten höchster Kultur giebt es oft ländliche Distrikte, wo überhaupt nicht oder nur sehr schwierig für die Kreißende sachgemäße Hilfe zu erlangen ist oder die Hilfe von Pfuschern bevorzugt wird (Geißler [6]). Wenn trotzdem nicht durchweg das Land gegenüber den Städten benachteiligt ist, so kommt dies unter Umständen

daher, daß andere Ursachen, wie z. B. die in den Städten meist mehr verbreitete Syphilis, den Einfluß des eben erwähnten Momentes verwischen.

Recht lehrreich bezüglich des Zusammenhangs der Totgeburten mit einigen der erwähnten Momente sind die für die Entbindungen in Dänemark (für die Jahre 1883—1887) aus den Berichten der Hebammen entnommenen Zahlen. Während überhaupt 3,3 Proz. der Geburten Frühgeburten waren, waren unter den Totgeborenen 31,4 Proz. Frühgeburten. Während 4,5 Proz. der Geburten überhaupt durch Kunsthilfe beendigt wurden, geschah dies bei den Totgeburten in 40,1 Proz. der Fälle. Damit hängt es u. a. zusammen, daß, wenn die Geburten überhaupt 1,8 Proz. Sterblichkeit für die Kinder ergaben, die Sterblichkeit bei den künstlichen Entbindungen 25,9 Proz. betrug (Denmark [14]).

Schließlich mögen hier noch diejenigen Kinder Berücksichtigung finden, welche zwar lebend geboren werden, aber infolge angeborener Mißbildungen oder Lebensschwäche bald wieder zu Grunde gehen. Durch Hinzunahme dieser Kinder hätten wir die Summe der Zeugungen erschöpft, die durch Störungen in der Schwangerschaft oder Entbindung sich schon bis zum Zeitpunkt der Geburt oder bald nach ihr in negativem Sinn erledigt haben und darum für den öffentlichen Kinderschutz, soweit er mit dem Neugeborenen anfängt, nicht mehr wesentlich in Betracht kommen.

Ueber die Häufigkeit der angeborenen Lebensschwäche läßt sich keine zuverlässige Angabe machen. Nach einer von ihm z. T. korrigierten Statistik berechnet Eröss [7] für 12 europäische Großstädte, daß von den Lebendgeborenen 4—5 Proz. an Lebensschwäche zu Grunde gehen, und daß dieselben von den bis zum Alter von 4 Wochen Gestorbenen durchschnittlich 45,75 Proz. ausmachen. Die Bedeutung dieser Zahl erhellt aus der Thatsache, daß die in den ersten 4 Lebenswochen überhaupt Gestorbenen mehr als $^1/_3$ der unter 1 Jahr Verstorbenen (36,37 Proz.) und nahezu $^1/_4$ (23,29 Proz.) der bis zum 5. Jahr Verstorbenen ausmachen. — Unter 132 463 in England im Jahre 1892 gestorbenen Kindern des 1. Lebensjahres sind 16 577 infolge vorzeitiger Geburt, 3230 an Atelektase, Cyanose, Spina bifida, imperforiertem Anus, Gaumenspalte und anderen angeborenen Defekten, 19 138 an Schwäche, Abzehrung und Erschöpfung, im ganzen also 38 945 (29,4 Proz.) an Mißbildungen und Lebensschwäche verstorben [8].

Die Angabe der „Lebensschwäche" als Todesursache hat übrigens einen verhältnismäßig nur geringen Wert. Vor allem können frühzeitige Erkrankungen, z. B. akute Verdauungsstörungen, in ihrem Ausgang das Bild der angeborenen Schwäche vortäuschen, und selbst wenn die Schwäche angeboren ist, so ist sie nicht eine Krankheit für sich, sondern die Folge angeborener Krankheitszustände, die sich der Erkenntnis überhaupt entziehen oder bei dem lebensschwachen Kinde nur mehr oder weniger sicher zu bemerken sind. Von den mannigfachen ursächlichen Krankheiten der Eltern kommt für die angeborene Lebensschwäche in gewissem Grade die Tuberkulose in Betracht, welche übrigens seltener unmittelbar auf das Kind übergeht, als einen nicht spezifischen Schwächezustand bei ihm veranlaßt; in viel höherem Maße ist aber auch hier wieder die Syphilis des Vaters oder der Mutter anzuschuldigen. Die Wirkung dieses Giftes beginnt, wie wir sahen, bald nach der Zeugung, sie steht um die Zeit der Geburt noch im Vorder-

grund und klingt dann allmählich — wenigstens soweit sie unmittelbar zum Tode führt — in den ersten drei Lebensmonaten ab. Heller fand unter den in Kiel sezierten Kindern der ersten 6 Lebensmonate (ausschließlich der Totgeborenen und bei der Geburt gestorbenen) 20,13 Proz. bei genauerer Untersuchung syphilitisch (von 198 ehelichen 15,7 Proz., von 381 unehelichen 22 Proz. (Homeister[9]).

Daß es bei unehelicher Zeugung häufiger als bei ehelicher zu Fehl- und Totgeburt kommt, ist aller Orten festgestellt worden. Tabelle S. 450 läßt dies deutlich erkennen und zeigt gleichzeitig, daß im allgemeinen in den Ländern, welche viel eheliche Totgeborene haben, auch die unehelichen Totgeborenen besonders häufig sind.

Es kommen für die Totgeburten bei den unehelich Geschwängerten fast alle jene Momente, die wir eben aufzählten, besonders die syphilitische Ansteckung und der Mangel an Schonung in verstärktem Maße zur Geltung. Außerdem mag auch noch besonders erschwerend wirken, daß die Ledigschwangeren meist (in Preußen wohl in $^2/_3$ der Fälle) Erstgebärende sind und auch infolgedessen nach vielfachen Erfahrungen mit den Totgeburten über dem Durchschnitt stehen müssen[10].

Schließlich folgt auch für die lebensschwach geborenen Kinder aus der größeren Häufigkeit der schädigenden Momente bei den Ledigschwangeren eine bedeutend ungünstigere Stellung der Unehelichen.

Es sei im folgenden die Sterblichkeit der ehelichen, bezw. unehelichen Kinder in Berlin (f. das J. 1891) an „Lebensschwäche", „Atrophie" und „Erschöpfung", sowie Syphilis gegeben, wie sie sich bei Berechnung auf die im 1., bezw. 2. und 3. Monate lebenden ergiebt, genauer, „wie sie in Anteilen der Sterblichkeitstafel ausgedrückt ist"[11]. Es starben in Berlin 1891 pro mille:

von den im	an Lebensschwäche		Atrophie		Syphilis	
	Eheliche	Uneheliche	Eheliche	Uneheliche	Eheliche	Uneheliche
1. Monat lebenden	26,34	64.90	1,91	21,68	0,07	1,65
2. Monat lebenden	2,98	9,46	2,18	11.51	0,17	1,42
3. Monat lebenden	1,41	2,98	2,70	7,12	0,04	0,83

Die Maßnahmen zur Einschränkung der Fehl-, Früh- und Totgeburten sowie der angeborenen Lebensschwäche haben sich nach verschiedenen Seiten zu erstrecken. Daß sie nicht aussichtslos sind, läßt sich daraus erkennen, daß vielfach (z. B. in Deutschland) schon in den letzten Jahrzehnten eine Abnahme im Besonderen der Totgeburten erkennbar wird. Ueber die Anstaltseinrichtungen, welche den Schutz der hilflosen Schwangeren und Kreißenden bezwecken, soll im folgenden Kapitel gesprochen werden. An dieser Stelle wären wesentlich Maßnahmen zu berühren, welche die Schwangeren vor einer Beschäftigung, welche ihrem Zustande nicht entspricht, vor Vergiftungen und vor Ansteckungen zu bewahren suchen.

Was zunächst die Schonung der Schwangeren in der Fabrikarbeit betrifft, so wird man in der neuerdings so eifrig ausgebauten Fabrikgesetzgebung der verschiedenen Länder (siehe dieses Handbuch Bd. VIII) die Beschäftigung von Schwangeren, abgesehen von einer nicht sehr klaren Bestimmung in dem Schweizer Bundesgesetz (vom 23. Mai 1877) nicht geregelt finden. Es hat dies wesentlich in der Schwierigkeit des Gegenstandes seine Begründung: im Beginne der Schwanger-

schaft die persönliche Willensfreiheit der Arbeiterin zu beschränken, ist thatsächlich nicht wohl ausführbar, selbst wenn es angängig erschiene, und auch in einem späteren Zeitpunkte der Schwangerschaft könnte der gesetzgeberische Zwang nur mit großer Vorsicht eingreifen. Hat sich doch gezeigt, daß die Frauen häufig zum Eintritt in die Fabrik eben dadurch veranlaßt werden, daß sie infolge einer Schwangerschaft ihrem sonstigen Berufe nicht mehr nachgehen können [12]. Hier erscheint die Fabrikarbeit entweder weniger anstrengend als der frühere Beruf oder als der einzige Weg, der vor Erwerbslosigkeit schützt. Daß trotz alledem ein Schutz der schwangeren Fabrikarbeiterin in einem gewissen Grade wohl durchführbar ist, zeigen private Einrichtungen, wie sie z. B. in dem bekannten Etablissement von Dollfuß [15] bestehen.

Was den Schutz der Schwangeren in den gesundheitsgefährlichen Berufen betrifft, so sind uns auch in dieser Richtung keine neueren Gesetze bekannt. Aber freilich wird ein besonderer Schutz auch in dem Maße weniger bedeutungsvoll, als die nötigen gesundheitlichen Anordnungen im allgemeinen getroffen werden und dem gesamten Arbeiterpersonale zu Gute kommen. Im Besonderen bedürfen jetzt die Schwangeren dort keiner besonderen Berücksichtigung mehr, wo die Frauen, wie z. B. beim Bergbau unter Tage, neuerdings überhaupt von der Beteiligung ausgeschlossen sind.

Um die Leibesfrucht vor der syphilitischen Infektion zu schützen, muß man wissen, auf welchem Wege und in welcher Ausdehnung sich die Syphilis innerhalb der Bevölkerung verbreitet.

Die gewöhnliche Verbreitungsart der Syphilis ist der Geschlechtsverkehr. Ist aber die Krankheit auf diesem Wege in eine Bevölkerung eingeschleppt, welche mit der Natur derselben nicht vertraut oder nicht genügend intelligent ist, um ihre Gefährlichkeit zu erkennen, so wird aus der Geschlechtskrankheit schnell eine allgemeine Volksseuche, die sich nunmehr auf den verschiedensten Wegen weiter verbreitet. Man hat dies bis in die letzten Jahre oft genug beobachten können, in anderen Erdteilen gelegentlich der Berührung von Kultur- und Naturvölkern, in Europa selbst bei Aufschließung von Ländern, welche wie Bosnien und Herzegowina bisher abseits vom Weltverkehr gelegen hatten.

Im Besonderen ist es der ungesetzliche Geschlechtsverkehr, mit dem die Syphilis eng verknüpft ist, und hier ist es wieder vor allem die gewerbsmäßige Unzucht, deren Trägerinnen früher oder später das Gift empfangen, um es nun nach allen Richtungen hin wieder auszustreuen. Von diesem Centrum aus wird es am häufigsten denjenigen weiblichen Personen zugetragen, welche außerehelichen, jedoch nicht gewerbsmäßigen Verkehr pflegen, während es weniger leicht in die Familien einzudringen und dort neue Ansteckungsherde zu bilden Gelegenheit findet. Dementsprechend findet sich die vererbte Syphilis am häufigsten bei den Kindern der Prostituierten, etwas weniger häufig bei der großen Zahl der übrigen unehelichen Kinder und am seltensten bei den ehelichen Kindern.

Die Bekämpfung der Syphilis wird naturgemäß in der Weise erfolgen, daß man in dem großen Sammelgefäß — der Prostitution — den Geschlechtsverkehr von dem Gifte klärt, damit es sich nicht in unkontrollierbarer Weise von dort aus in die Gesellschaft verbreitet, und daß man es noch außerdem abgräbt, wo immer es trotzdem zu Tage tritt. Es ist darum die zwangsweise und möglichst vollständige hygienische Ueberwachung der Prostitution anzustreben. In Italien und England hat

man aus Achtung vor der persönlichen Freiheit in den letzten Jahren von einer zwangsweisen Ueberwachung der Prostitution abgesehen. Wenn es trotzdem, wenigstens für Italien, zweifelhaft ist, ob die hereditäre Syphilis hierdurch zugenommen hat, so hängt dies vielleicht damit zusammen, daß die zwangsweise Ueberwachung sich bisher immer nur unvollkommen durchführen ließ (Titomanlio[13] und Concetti[16]). Die Ueberwachung der Prostitution kann nur dann einen einigermaßen durchgreifenden Erfolg haben, wenn gleichzeitig die Behandlung überhaupt einer jeden syphilitischen Erkrankung innerhalb der Bevölkerung erleichtert wird und nötigenfalls die Absperrung des Erkrankten bis zu seiner Heilung durchgeführt werden kann. So sind z. B. in Dänemark (nach Gesetz vom 10. April 1874) alle Venerischen verpflichtet, sich behandeln zu lassen; ihre Behandlung erfolgt unentgeltlich und, wenn die Weiterverbreitung der Krankheit nicht ausgeschlossen erscheint, wird die Krankenhausbehandlung verfügt. In Deutschland ist diese Materie nicht so allgemein geregelt; die Verpflichtung, die Prostituierten zu überwachen und zu heilen, hat der Staat schon lange übernommen, aber nur widerwillig hat der Gesetzgeber die venerischen Krankheiten als solche anerkannt, welche unter die Bestimmungen des Krankenversicherungsgesetzes für Arbeiter fallen; auch sind erst in den letzten Jahren (in Berlin) die Krankenhäuser für die Syphilis zugänglich geworden. Von einer grundsätzlich unentgeltlichen Behandlung aller Syphilitischen ist hier noch nicht die Rede.

Immerhin finden wir in allen Kulturstaaten eine fortschreitende Würdigung der Gefahren, welche die Syphilis für das Volkswohl hat, sodaß man eine fortschreitende Abnahme der Fehl-, Früh- und Totgeburten sowie der lebensschwachen Kinder — soweit die Syphilis ihre Ursache ist — erwarten darf.

1) **Ploss**, *Zur Geschichte, Verbreitung und Methode der Fruchtabtreibung, Leipzig* 1883.
2) **Veit**, *Ueber kriminelle Aborte, D. med. Woch. No.* 51 (1886).
3) *Verhdlg. d. geburtshilfl.-gynäkol. Gesellsch. vom* 26. *XI.* 1886 *in der Zeitschr. f. Geburtsh. und Gynäkologie.*
4) **Ludwig Hirt**, *Die gewerbl. Vergiftungen und die von ihnen besonders heimgesuchten Gewerbe und Fabrikbetriebe, Leipzig* 1875, *III. T., p.* 18, *citiert nach Tardieu die Beobachtungen von O. Paul* (*Gaz. d. Hôp.* 1860, 57 *und* 1861 10). *Ferner Th. Weyl's Handbuch der Hygiene* 8. *Bd.*
5) **Blaschko**, *Syphilis und Prostitution, Berlin* 1893.
6) **Geissler**, *Zeitschr. d. Königl. sächs. stat. Bur.* (1888) 6.
7) **Kröss**, *Die Verhältnisse der Mortalität innerhalb der ersten vier Lebenswochen, Jahrb. f. Kdhlk. N. F.* 35 (1893).
8) 55. *Annual Report of the Registrar General of Births etc. in England* 1892, 112—120, *London* 1894.
9) **Franz Homeister**, *Ueber die Todesursachen der Säuglinge bis zum* 6. *Lebensmonat inkl. Inaug.-Diss., Kiel* 1886.
10) *Stat. Jahrb. d. Stadt Berlin.*
11) *Statist. Jahrb. d. Stadt Berlin XVIII f.* 1891, 70; *Ueber die Berechnung siehe dort und in anderen Mitteilungen R. Böckh's.*
12) *Ergebnisse der über die Frauen- und Kinderarbeit in den Fabriken auf Beschluſs des Bundesrats angestellten Erhebungen, zusammengestellt im Reichskanzleramt, Berlin* 1877, 49, 57, 59.
13) **Titomanlio**, *I. paed. ital. Congr., Roma* 1890.
14) *Denmark, its medical organization, hygiene and demography, Published with subvention of the danish government, Copenhagen* 1891.
15) *Zehnjährige Erhebung über die gemeinnützigen Einrichtungen des Ober-Elsaſs, Mülhausen* 1890.
16) **Luigi Concetti**, *Della pretesa influenza dei regolamenti sanitari sulla sifilide ereditaria, Roma* 1894.
17) *Bulletin de l'Institut internat. de statistique VII, Roma* 1894.

2. Entbindung, Wochenbett.

So wichtig auch der Schutz der Leibesfrucht ist, so wird doch erst mit dem Augenblicke der Geburt die Schutzbedürftigkeit des kindlichen Lebens in ihrer vollen Größe offenkundig und wendet sich an das allgemein menschliche Mitleid. Bei der Geburt und in den nächsten Wochen nach ihr deckt sich noch das Interesse für Mutter und Kind in fast selbstverständlicher Weise, während sich späterhin die engen Beziehungen zwischen beiden Interessensphären lockern und nur dem für die ethischen und sozialen Bedürfnisse genügend geschärften Blick in allen Lebenslagen hinreichend deutlich bleiben. Wenn wir zunächst den Schutz des kindlichen Lebens bei Entbindung und Wochenbett ins Auge fassen, so kommen wir daher auf ein Gebiet, welches von unserer Seite nicht erschöpfend behandelt werden kann.

In unseren Kulturstaaten wird man im allgemeinen eine Hilfeleistung bei der Entbindung für unentbehrlich erachten dürfen: sie ist in der Regel durch eine Hebamme zu leisten, welche praktisch und theoretisch gut durchgebildet sein muß; und es muß außerdem die Möglichkeit gegeben sein, im Bedarfsfalle die Hilfe eines geburtshilflich gebildeten Arztes zu erlangen. Die Berechtigung dieser Forderung ist wohl überall und seit lange anerkannt, aber die Schwierigkeiten, welche örtliche Verhältnisse selbst bei sonst guter Organisation bedingen können, sind nicht immer überwunden. Besonders häufig sind es die dünnbevölkerten ländlichen Distrikte, welche auf eine leicht und rechtzeitig erreichbare Hilfe von Hebammen und Aerzten nicht rechnen dürfen. Während wir auf die Gewährung des ärztlichen Beistandes erst gelegentlich des bei Erkrankung den Kindern zu gewährenden Beistandes näher eingehen werden, sei bezüglich der Hebammen hier z. B. erwähnt, daß es selbst in Preußen noch im Jahre 1876 Gegenden gab („Land" Posen), wo auf 10000 Einwohner nur 2,16 Hebammen kamen (v. Massenbach[1]).

Die Gesetzgeber vieler Staaten haben besonderen Nachdruck darauf gelegt, daß die Ledigschwangeren die Hilfe der Hebammen nachsuchen müssen und gewährt erhalten. Man trug hierbei der bedrängten Lage der Schwangeren und der hierdurch bedingten größeren Gefahr des Kindesmordes Rechnung. Wir erinnern hier nur an die ausführlichen Bestimmungen und Strafandrohungen des preußischen Allgemeinen Landrechts und, um neuere Gesetze zu streifen, an ein Schweizer Gesetz vom 12. Sept. 1865[2] (Kanton Luzern), welches von jeder Ledigschwangeren verlangt, daß sie mindestens 30 Tage vor der Niederkunft dem Gemeindevorsteher ihre Wohnung anzeigt und eine Hebamme rufen läßt, welche hiervon dem ersteren sofort Kenntnis giebt. Wie notwendig derartige Bestimmungen sind, erhellt z. B. aus dem Umstande, daß in Dänemark, wo die Hebammenhilfe in jeder Richtung gut geregelt ist, die meisten der Geburten, welche vor Ankunft der Hebamme vollendet sind, uneheliche sind[3].

Die Hebammenfrage ist für das allgemeine Volkswohl von der größten Bedeutung und interessiert uns hier um so mehr, als die Thätigkeit und der Rat der Hebamme auch bei der Pflege des Neugeborenen, vielfach auch noch später, eine wichtige Rolle spielt. Trotzdem beanspruchen die Entbindungsanstalten in unserer Darstellung den größeren Raum, weil im Gegensatz zu der Hebammenfrage die Anstalts-

behandlung für die Entbindung und das Wochenbett eine sehr mannigfaltige Behandlung gefunden hat.

Im allgemeinen haben die Gebärhäuser einen oder mehrere der folgenden Zwecke zu erfüllen: sie sollen eine Lehranstalt für die Hebammen und die Aerzte sein; die pathologischen Geburten sollen hier sachgemäß durchgeführt werden, und auch voraussichtlich normale Geburten sollen hier stattfinden, soweit die Schwangeren nicht im eigenen Heim niederkommen wollen oder können. Der ersterwähnte Zweck — Ausbildung von Hebammen und Aerzten — tritt bei den Hebammenlehrinstituten und den geburtshilflichen Instituten der Universitäten in den Vordergrund, während den anderen Zwecken hier nur so weit genügt werden kann, als es die Zahl dieser Institute und der in ihnen vorhandenen Betten gerade gestattet. Andererseits treffen wir im allmählichen Uebergange auf Anstalten, wo der Lehrzweck völlig gegenüber dem Wunsche zurücktritt, der Schwangeren eine zusagende Gelegenheit zur Niederkunft zu bieten.

Einrichtungen der erstgenannten Art überwiegen in Deutschland. Die Aufnahme erfolgt hier nach den im allgemeinen für die öffentliche Armenpflege geltenden Grundsätzen; von ihnen wird nur selten abgewichen, z. B. unter Umständen in Universitätskliniken im Interesse des Unterrichts sowie in den vereinzelten Gebäranstalten, welche von wohlthätigen Vereinen zur unentgeltlichen Verpflegung von Wöchnerinnen gegründet sind (siehe über die Organisation des Hebammendienstes und der Entbindungsanstalten in Preußen: Guttstadt[4]).

Zur Orientierung geben wir eine Uebersicht über die Entbindungen, die in Preußen im Jahre 1891 in öffentlichen Anstalten stattfanden. Während in diesem Jahre in Preußen überhaupt 1 177 209 Kinder (hierunter 90 150 Uneheliche) geboren wurden, kamen in Entbindungsanstalten 11 671, bezw. nach Abzug der privaten Entbindungsanstalten 11 217 Kinder zur Welt; es handelte sich hier wesentlich um 9 königliche Universitätsinstitute für Geburtshilfe (mit 432 Betten und 4590 Verpflegten), um 16 Hebammenlehr- und Entbindungsanstalten im Besitze der Provinzialverbände (mit 542 Betten und 3822 Verpflegten), um 5 öffentliche Entbindungsanstalten städtischer Gemeinden (73 Betten und 593 Verpflegte) und 7 durch milde Stiftungen und von Vereinen zur Unterstützung armer Wöchnerinnen gegründete Entbindungsanstalten (124 Betten und 1 039 Verpflegte[5]). Hierher müssen auch die wenigen in den „Versorgungshäusern“, auf die wir später kommen werden, erfolgten Entbindungen rechnen.

Das Verhältnis der Verheirateten zu den Ledigen in den öffentlichen Anstalten kennen wir wesentlich nur für die geburtshilflichen Universitätskliniken; in ihnen waren z. B. im Berichtsjahr 1891/92 von 5854 Entbundenen 4815, d. i. 82,3 Proz. ledig[6]. Hieraus darf man aber nicht einmal für die preußischen Universitätsstädte schließen, daß die Ledigschwangeren in ihrer Mehrzahl in öffentlichen Anstalten entbunden werden; es kamen z. B. in Berlin in sämtlichen öffentlichen Anstalten im Jahre 1891 nur 40 Proz. der im gleichen Jahre dort überhaupt entbundenen Ledigen nieder[7].

Aus der Gesamtheit dieser Zahlen ergiebt sich, daß die Anstaltsentbindungen in Preußen nicht häufig sind und daß selbst bei ungünstigen Lebensverhältnissen — unter solchen lebt der größte Teil der

Ledigschwangeren — die Hilfe der öffentlichen Anstalten nur in beschränktem Maße angerufen oder gewährt wird. Es giebt eine Reihe städtischer und wohlthätiger Entbindungsanstalten, welche Ledige überhaupt nicht oder nur bei der ersten Entbindung aufnehmen.

Zum Vergleich mit den deutschen Verhältnissen, für die Preußen als Beispiel dienen kann, sei die Häufigkeit der Anstaltsentbindungen in Oesterreich mitgeteilt. Von 895 139 im Jahre 1890 geborenen Kindern (hierunter unehelich 134 125) wurden hier in den 18 Gebäranstalten (mit 1541 Betten und einer durchschnittlichen Verpflegungsdauer von 17 Tagen) 15 396 Kinder geboren [8 9]. Es sind also hier von den Kindern 1,72 Proz. gegenüber 0,95 Proz. in Deutschland in Anstalten geboren, und zwar wird das Mehr wesentlich von unehelichen Kindern geliefert werden.

Gegenüber den deutschen Verhältnissen tritt in anderen Ländern der Lehrzweck erst an zweite Stelle oder kommt überhaupt nicht in Betracht; hingegen stellt sich hier die Rücksichtnahme auf die Schwangere in den Vordergrund und nimmt besonders gegenüber den Ledigschwangeren eigenartige Formen an.

In der niederösterreichischen Landes-Gebäranstalt finden wir noch beide Zwecke der Anstaltsentbindungen nebeneinander: die nichtzahlende Abteilung nimmt Schwangere nur unter genauer Feststellung ihrer Personalien auf und verwendet sie zu Lehrzwecken, während in den zahlenden Abteilungen keine Auskunft über die Person der Schwangeren (außer für den Fall des Todes) verlangt wird [10]. Ganz ähnlich ist das Prinzip der Aufnahme in der königl. Entbindungsanstalt in Kopenhagen, und in der Casa di Maternita der Casa dell' Annunziata in Neapel: unentgeltliche Aufnahme jeder Unbemittelten und Verwendung derselben zum Unterricht; Gewährung der Anonymität nur bei zahlenden Schwangeren. Wenn es die Absicht ist, den Fehltritt den Augen der Welt um jeden Preis zu verbergen, so verfährt man am folgerichtigsten in der Madrider Maternité, wo bei entsprechender Bezahlung die Aufnahme schon vom fünften Schwangerschaftsmonat an, ja, wenn nötig, selbst noch früher erfolgen kann.

Auch hier wird nur im Fall des Todes die Anonymität der Schwangeren gelüftet; sie kann dauernd verschleiert bleiben und muß einen Schwur ablegen, daß sie nicht den Namen der Genossinnen, die sie kennen gelernt hat, verraten werde; die Anstalt ist der Sphäre des Gerichts entzogen. Das Kind wird unmittelbar nach der Geburt, wenn die Mutter damit einverstanden ist, dem Findelhaus übergeben [2].

Gerade dieses Beispiel zeigt, wie bei der Anstaltsentbindung unter Umständen das Interesse des Kindes zu kurz kommen kann. Man darf annehmen, daß auch die öffentliche Moral keinen Vorteil davon hat, daß der Minorität zahlungsfähiger Ledigschwangerer gegenüber der großen Menge zahlungsunfähiger bei der Geheimhaltung und Verantwortungslosigkeit ihrer geschlechtlichen Ausschreitungen eine besondere Vergünstigung gewährt wird.

In den meisten modernen staatlichen Gebäranstalten bleiben die Wöchnerinnen nur 8—10 Tage und werden hiernach häufig in einem Zustand sozialer und körperlicher Hilflosigkeit entlassen.

Nur ganz vereinzelt sind private Einrichtungen getroffen, um derartige Wöchnerinnen bei ihrem Austritt aus der Gebäranstalt zu unterstützen; in kleinstem Umfang bewegt sich z. B. die Zufluchtsstätte des Frl. Hornstein in Dresden (sie gewährt auch verzweifelnden Schwangeren ein Asyl), großartiger ist das von der Prinzessin Friederike von Hannover in der Nähe von Hampton Court 1881 eröffnete Rekonvalescentenhaus, welches nicht nur in Gebäranstalten, sondern auch in Privatwohnungen Niedergekommenen eine 14-tägige Erholung gewährt. (Löhlein[11], Güterbock[12], Verhandlungen[13].) Außer diesem besteht im Norden Londons noch das Queen Charlotte Convalescent Hospital for Lying-in-Women und im Südwesten ein von Mrs. Wilson begründetes Heim für unverheiratete Wöchnerinnen, um ihnen nach der Entbindung die Aufnahme einer anständigen Thätigkeit zu erleichtern. Ferner widmen sich z. T. dem Schutz unehelicher Mütter mit einem ersten Kind die St. Marylebone Female Protection Society und die Society for the Rescue of Young Women and Children. Von behördlichen Anstalten für die Wochenpflege ist uns nur die für die Mères-nourrices bestimmte Abteilung in dem Rekonvalescentenhaus für Frauen, welches die Assistance publique von Paris in Vésinet[14] unterhält, bekannt; hier können sich jährlich 600—700 Frauen, welche in den Pariser Spitälern oder bei den von der Armenverwaltung angestellten Hebeammen niedergekommen sind, anstatt nach 9, 10 oder 12 Tagen wieder ihrer Arbeit nachzugehen, noch 20 und mehr Tage erholen und sich ganz der Pflege des Neugeborenen widmen.

So wünschenswert eine Anstaltspflege der Wöchnerinnen in hygienischer Richtung auch ist, so kann sie vorläufig nur eine beschränkte Ausdehnung erreichen: sie legt nicht nur den Behörden und Vereinen, welche sie unterhalten, sehr erhebliche Ausgaben auf, sondern stellt selbst bei unentgeltlicher Pflege an die Familie der Verpflegten materielle Anforderungen, die in den Kreisen, die hier in Betracht kommen, schwer erfüllt werden können: Mann und Kinder können die Hilfe der Neuentbundenen, so nötig dieser auch die Schonung ist, nicht oder nur die denkbar kürzeste Zeit entbehren. Darum wird die häusliche Pflege der Wöchnerin gegenüber der Anstaltspflege immer die größere praktische Bedeutung haben, sie wird aber auch nur da erfolgreich sein, wo sich mit ihr die Fürsorge um die durch die Entbindung vorübergehend ihres Hauptes beraubte Familie verbindet. Von der mehr oder weniger deutlichen Erkenntnis dieser Verhältnisse ausgehend, haben sich schon seit längerer Zeit (in Deutschland seit den 20—30er Jahren dieses Jahrhunderts) in den größeren Städten Frauenvereine zur Pflege armer Wöchnerinnen gebildet; sie versorgen dieselben mit Nahrung (besonders entsprechend den früheren diätetischen Anschauungen mit Suppen) und geben unter Umständen Wickelzeug für das Neugeborene (Brennecke[15], Ludwig Wolf[16]). Die Zahl dieser Vereine ist sehr bedeutend, ihre praktische Bedeutung sehr verschieden; sie beschränken sich häufig auf die Pflege verheirateter Wöchnerinnen, wie dies z. B. bei der Société de charité maternelle de Paris[17] und dem Berliner Verein zur Verpflegung und Unterstützung armer Wöchnerinnen der Fall ist. Zuweilen suchen die Vereine gleichzeitig ihren Einfluß dahin geltend zu machen, daß die Mütter ihr Kind stillen.

Von großer Bedeutung für Mutter und Kind ist es, daß die Gesetzgebung der meisten Staaten neuerdings die Notwendigkeit anerkennt,

daß die arbeitende Frau sich eine gewisse Zeit nach der Entbindung schont und dem Neugeborenen ihre Sorge zuwendet.

Schon vorher waren durch die private Initiative menschenfreundlicher Fabrikbesitzer auf dem Prinzip der Versicherung und unter Beihilfe der Fabrikanten Einrichtungen zu gleichem Zweck getroffen (z. B. der von Jean Dollfuß 1866 in Mülhausen für die Fabrikarbeiterinnen gegründete Wöchnerinnen-Verein [18]).

Als Typus der modernen gesetzlichen Fürsorge nehmen wir die deutsche Gesetzgebung. Nach § 137 der Gewerbeordnung dürfen Wöchnerinnen während 4 Wochen nach ihrer Niederkunft überhaupt nicht, während der folgenden 2 Wochen nur beschäftigt werden, wenn das Zeugnis eines approbierten Arztes dies für zulässig erklärt. Nach § 20 des Krankenversicherungsgesetzes sollen die Ortskrankenkassen für die gleiche Zeit (4 event. 6 Wochen) den Wöchnerinnen mindestens eine Unterstützung in Höhe des Krankengeldes gewähren, die allgemein bis zur Dauer von 6 Wochen nach der Niederkunft erstreckt werden kann (§ 21).

Was die übrigen Länder betrifft, so ist die Beschäftigung von Frauen während 4 Wochen nach der Niederkunft gesetzlich verboten in Belgien, Holland, Portugal und Oesterreich-Ungarn, 6 Wochen in der Schweiz und in Norwegen, kann aber in letzterem Land bei Beibringung eines ärztlichen Attestes schon nach 4 Wochen wieder aufgenommen werden. Eine gesetzliche Regelung fehlt in Frankreich, Italien, Spanien, Dänemark, Schweden, Rußland, England [19].

1) **v. Massenbach**, *Z. d. kgl. preuſs. statist. Bureau* (1881).
2) *Congr. int. de la Protection de l'Enfance* 2. *Bd.* (1886).
3) *Denmark, its medical organisation, Hygiene and Demography, Copenhagen* 1891.
4) **Guttstadt**, *Krankenh.-Lexicon f. d. Königreich Preuſsen, II. T., Berlin* 1886.
5) *Preuſs. Statistik* 128. *Bd. Die Heilanstalten im preuſs. Staate während der Jahre* 1889, 1890, 1891, *Berlin* 1894.
6) *Klin. Jahrb. f. d. Jahr* 1891|92 5. *Bd., Berlin* 1893.
7) *Veröffentl. des Statist. Amts d. Stadt Berlin* (1891), *Supplh. I.*
8) *Statist. d. Sanitätswesens der im Reichsrate vertretenen Königreiche und Länder für das Jahr* 1890, *Wien* 1893.
9) *Oesterreich. Statistik, herausgeg. von der k. k. statistischen Central-Kommission* 31. *Bd.* 3. *Heft, Wien* 1892.
10) *Wiens sanitäre Verhältnisse und Einrichtungen, Wien* 1881.
11) **Löhlein**, *Ueber Wöchnerinnenpflege und Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen, Deutsche med. W. No.* 6 (1888).
12) **P. Güterbock**, *Die öffentl. Rekonvalescentenpflege, Leipzig* 1882.
13) *Verhandl. d. Berl. Ges. f. Geburtsh.* (1888) (*Z. f. Geburtsh. und Gynaekol.*).
14) *Encyclopédie d'Hygiène et de Médecine publique. Protection et Assistance de l'Enfance, Paris* 1892.
15) **Brennecke**, *Deutsche Hebammenzeitung* (1892).
16) **Ludwig Wolf**, *Die Organisation der offenen Krankenpflege, Schr. d. D. Ver. f. Armenpflege und Wohlthätigkeit* 4. *H., Leipzig* 1887.
17) *Nomenclature des établissements reconnus d'utilité publique. Préfecture de la Seine, Sécrétar. général, Sous-Direction des Affaires municipales,* 2. *Div.* 3. *Bur., Paris* 1888.
18) *Zehnjährige Erhebung über die gemeinnützigen Einrichtungen des Ober-Elsaſs, der Industriellen Gesellsch. durch sein Comité f. gemeinnützige Zwecke vorgelegt, Mülhausen* 1890.
19) *Tableaux comparatifs du régime légal du travail des femmes etc.*; *Bulletin de l'Office du travail, Janv.* 1894 *No.* 1, *p.* 11.

B) Schutz im Kindesalter.

I. Verpflegung.

1. Dauernde Verpflegung.

a) Allgemeines.

Alle Einrichtungen und Gesetze, die bisher geschildert wurden, bezogen sich auf die Mutter und kamen erst mittelbar dem Kinde zu Gute. Es wäre jetzt darzulegen, welche Maßnahmen die bürgerliche Gesellschaft in unmittelbarem Hinblick auf das kindliche Individuum getroffen hat.

Bevor wir aber auf die gesetzlichen und privaten Einrichtungen eingehen, welche auf den Schutz des bedürftigen Kindes berechnet sind, soll in kurzem auseinandergesetzt werden, auf welche Weise die Gesetzgebung zu verhindern sucht, daß das Kind einer öffentlichen Beihilfe bedürftig wird.

Es sind ganz allgemein die Eltern und in wechselnder Ausdehnung deren Verwandte zur Fürsorge für das Kind verpflichtet. Während wir in eine nähere Erörterung dieser moralischen und gesetzlichen Pflicht im übrigen nicht einzutreten brauchen, müssen wir nur den besonderen Fall ins Auge fassen, in dem das Kind nicht einem gesetzlich anerkannten Geschlechtsverkehr entsprossen ist.

Es entbehrt das uneheliche Kind nicht nur die gesellschaftlichen, ethischen und erzieherischen Vorteile, die das Familienleben im allgemeinen mit sich bringt, sondern ist auch in besonders hohem Grade von materieller Not bedroht, auf welche gerade der kindliche Körper ungemein empfindlich reagiert. Die Geburt eines unehelichen Kindes führt um so leichter zu einer Notlage, als die Mutter gewöhnlich den unbemittelten Ständen angehört. Es ist dies bei dem numerischen Uebergewicht der Unbemittelten in der Bevölkerung von vornherein anzunehmen.

Um eine genauere Vorstellung von dem sozialen Stand der unehelichen Mütter zu geben, führen wir an, daß von den Müttern der in Preußen im Jahre 1891 lebend geborenen unehelichen Kinder (86 146) allein 41,9 Proz. „Dienstboten, Mägde, Gesinde aller Art", 20,1 Proz. Tagearbeiterinnen, 11,3 Proz. Fabrikarbeiterinnen etc. waren [1]. Von den im gleichen Jahr in Berlin lebend geborenen Unehelichen (6507) waren 35,3 Proz. in persönlichem Dienst, 25,6 Proz. Arbeiterinnen ohne nähere Angabe und 25,2 Proz. mit Bekleidung und Reinigung beschäftigt. Berechnet man die Zahl der unehelichen Mütter in Berlin auf 1000 der im gleichen Berufe beschäftigten unverheirateten selbstthätigen Frauen, so ergeben sich für die einzelnen Berufsstände folgende Zahlen: Arbeiterinnen ohne nähere Angabe 46,5; ohne Berufsangabe 42,0, Gastwirtschaft 37,1, persönlicher Dienst 26,1, Bekleidung und Reinigung 25,8, Handel 10,2 Proz. etc. [2].

Die Benachteiligung, die dem Kinde ohne sein Verschulden aus seiner unehelichen Erzeugung erwächst, könnte einigermaßen dadurch behoben werden, daß man es in seinen Rechten dem ehelichen Kinde gleichstellt. Aber es besteht nicht nur die materielle Schwierigkeit,

den unehelichen Vater mit der gleichen Sicherheit wie bei ehelicher Gemeinschaft zu bestimmen, sondern es hat auch — und dies ist wesentlicher — die bürgerliche Gesellschaft in berechtigtem Selbsterhaltungstrieb kein Interesse daran, Verhältnisse zu begünstigen, die sich außerhalb der von ihr entwickelten Formen bewegen. In dem Augenblick, wo die Betreffenden durch Heirat die gesellschaftlichen Regeln anerkennen, ist der Staat übrigens meist gerne bereit, Indemnität zu erteilen, indem er die Legitimierung des unehelichen Kindes thunlichst erleichtert, und ebenso verschafft er dem unehelich erzeugten Kinde in besonderen Fällen, in denen die Mutter kein moralischer Vorwurf trifft, möglichst die Vorteile der ehelichen Geburt.

Immerhin ist die bürgerliche Gesellschaft trotz ihrer grundsätzlich ablehnenden Stellung gezwungen, in einem gewissen Grade die Folgen aus der natürlichen Verwandtschaft zwischen unehelichem Vater und Kind zu ziehen — wäre es auch nur, um zu verhüten, daß dem Gemeinwesen die Last der Erhaltung des Kindes zufällt.

Von diesem letzteren Gesichtspunkte ging man z. B. in England bei der Alimentierungsfrage aus. Um zu vermeiden, daß durch die Unterstützung der unehelichen Kinder anderen Bedürftigen die Unterstützung verkürzt würde, wurde unter der Regierung der Königin Elisabeth (1558 bis 1603) bei der gesetzlichen Regelung der Unterstützungspflicht durch Verwandte ausdrücklich angeordnet, daß auch die Eltern der unehelichen Kinder zum Unterhalt des Kindes anzuhalten seien. Unter Georg III. wurde bestimmt (durch die Bastardy Acts von 1809 und 1810), daß der uneheliche Vater ins Gefängnis zu werfen sei, bis er das Kirchspiel für alle durch das Kind erwachsende Lasten entschädigt habe, und zwar konnte die Vaterschaft schon während der Schwangerschaft der Mutter auf deren Eid hin anerkannt werden. Die Handhabung dieses Gesetzes gestaltete sich so, daß der vorgebliche Vater wöchentlich durch behördliche Vermittelung an die Mutter eine bestimmte Summe zahlen mußte, zu der im Fall seines Unvermögens auch noch das Kirchspiel beisteuerte. Hierbei wurde allmählich die Bezeichnung des Vaters durch die Mutter immer unzuverlässiger, indem sich letztere, unter Umständen noch ermutigt durch die Kirchspielbeamten oder den wirklichen Vater, möglichst wohlhabende Männer aussuchte; und, während die unehelichen Kinder von ihrer Mutter äußerst vernachlässigt wurden, befand sich letztere im Besitz einer festen Rente, welche ihr ein behagliches Leben und selbst eine vorteilhafte Heirat ermöglichte. Diesen Mißständen wurde durch die Poor Law Amendment Act ein Ende gemacht (1834): das Kind folgt jetzt bis zum 16. Jahre seiner Mutter, welche im Fall der Bedürftigkeit ebenso wie eine Witwe unterstützt wird. Wird das Kind unmittelbar unterstützungsbedürftig, so kann sich die Armenverwaltung an den unehelichen Vater halten, falls er genügend sicher bekannt ist; die von ihm beigetriebene Summe (gewöhnlich 5 sh. per Woche) darf jedoch keinesfalls für die Mutter Verwendung finden (Fowle[3]).

In Frankreich wurde schon durch einen Arrest vom 13. Hornung 1679 festgesetzt, daß, wenn eine arme Person oder sonderlich eine mittellose Dienstmagd, sich als schwanger angiebt, derjenige, welchen sie als Vater ihrer Leibesfrucht genannt hat oder, wenn sie zwei angegeben, einstweilen und bis zu näherer Kenntnis, derjenige, auf welchen die meiste Vermutung fällt, ihr die nötigste Kost und den während ihres Wochenbettes nötigen Unterhalt stelle (J. P. Frank[4]). — Weniger in

Paris als in den Provinzen suchte man bis zur großen Revolution, um die Unterstützungspflicht abzuwehren, auf jede Weise die Vaterschaft festzustellen; selbst von den Kanzeln herunter wurden die Gläubigen aufgefordert, ihre bezüglichen Beobachtungen mitzuteilen. Man verlangte von den Schwangeren selbst den Namen des Vaters und legte besonderen Wert auf die Angaben, die sie während der Entbindung hierüber machte. Kein Wunder, daß die Schwangeren und Kreißenden die Vaterschaft selbst Männern zuschoben, welche sie nie gesehen hatten. Der Rückschlag auf diese Mißwirtschaft war der § 1340 im Code civil, welcher die Nachforschung nach der Vaterschaft überhaupt (bis auf wenige Ausnahmen) aufhob (Lagrange[5]).

Im Gegensatze zu der französischen und englischen Gesetzgebung sind z. B. die Gesetze von Schweden und Norwegen bestrebt, die natürliche Verwandtschaft mit dem Vater im Interesse des unehelichen Kindes stärker zu betonen. In Schweden spricht das Erbfolgegesetz (§ 7 des Kap. VIII des Arfdabalken) die Verpflichtung der Eltern, für den Unterhalt und die Ernährung ihrer natürlichen Kinder zu sorgen, besonders aus; bei dem Tode eines der Eltern fällt die Sorge für das Kind dem Ueberlebenden zu. Sucht sich der natürliche Vater seiner Verpflichtung zu entziehen, so kann er durch gerichtliches Urteil zu einer jährlichen Pension verurteilt werden, deren Höhe sich nach seinen Vermögensverhältnissen oder auch nach anderen Umständen richtet[6]. In Norwegen haben die unehelichen Kinder bis zum Alter von 15 Jahren ein Recht auf eine Rente von seiten des Vaters, die im Verhältnis zu dessen Vermögen steht (Ges. vom 1. Aug. 1821, 15. Sept. 1851, 6. Juni 1863 Art. 4). Stirbt die Mutter und hinterläßt dem Kinde nicht für den Unterhalt und Erziehung genügende Mittel, so muß der Vater noch zu seiner Rente, wenn er hierzu imstande ist, das Fehlende hinzufügen. Das Kind bleibt bei der Mutter oder derjenigen Person, der sie es übergeben hat, und nur, wenn die Mutter sich nicht um das Kind pflichtgemäß kümmert, kann der Vater autorisiert werden, selbst die Sorge für das Kind zu übernehmen. Gegen den unehelichen Vater können, wenn er nicht zahlen will, Zwangsmaßregeln in Anwendung kommen. Das uneheliche Kind beerbt nicht seinen Vater, aber es müssen bei des letzteren Tode vor Teilung der Erbschaft die Kosten für den Unterhalt des Kindes (wenn es unter 15 Jahre ist) abgezogen werden (Ges. v. 31. Juli 1854 Art. 5).

Von den Vereinigten Staaten soll uns hier nur der Staat Massachusetts beschäftigen, dessen humane Gesetze und Einrichtungen überhaupt besondere Berücksichtigung verdienen. Hier kann die uneheliche Mutter auch schon während der Schwangerschaft eine Klage gegen den Schwängerer erheben, gegen den, nach vorläufiger Verhandlung und eidlicher Versicherung durch die Mutter, ein Vollstreckungsbefehl erlassen wird. Der vorgebliche Vater wird gegen Kaution von mindestens 300 Dollars in Freiheit belassen. In der Hauptverhandlung wird im Falle der Verurteilung die Summe festgesetzt, mit welcher der Vater Mutter und Kind zu unterhalten hat; er wird in Haft behalten, bis er hinreichende Garantie für die Erfüllung seiner Verpflichtung deponiert hat. Nach einer Haft von 90 Tagen muß er jedoch unter bestimmten Bedingungen freigelassen werden (Bastardy Law Pub. Stats. Chap. 85, as amended by Chap. 289, Acts of 1885). Das uneheliche Kind beerbt seine Mutter (Pub. Stats. Chap. 125).

In eigentümlicher Weise liegen die Verhältnisse für Oesterreich.

Das uneheliche Kind kann hier gegen eine unten zu erörternde körperliche Gegenleistung der Mutter in zeitliche Findelpflege übergehen, ohne daß jedoch die Findelhausverwaltung das Recht hätte, auf den unehelichen Vater zu rekurrieren. Hingegen kann die Mutter ihrerseits den Kindesvater auf Anerkennung der Vaterschaft und entsprechende Alimentation verklagen und wird hierin bei erwiesener Armut durch Erteilung des Armenrechts unterstützt; das auf diesem Wege dem Kinde erstrittene Vermögen wird bis zur Großjährigkeit des Kindes amtlich verwaltet und nur ausnahmsweise, wenn es nämlich beträchtlich ist, zum Ersatz der Kosten der Findelpflege herangezogen. Die Findelpflege hindert nicht, daß das uneheliche Kind seine Mutter beerbt [7].

Etwas ausführlicher — wenngleich auch nur in den allgemeinsten Umrissen — wäre die preußische Gesetzgebung über die Alimentierung des unehelichen Kindes zu schildern. Das preußische Allgemeine Landrecht, wesentlich die gemeinrechtliche Praxis übernehmend, erachtete auf Grund der natürlichen Verwandtschaft den Erzeuger für alimentationspflichtig; dem Vormunde des unehelichen Kindes stand es frei, wen von mehreren Zuhältern er gerichtlich belangen wollte, und er konnte sogar, wenn der zunächst Belangte freigesprochen wurde oder unvermögend war, die Ansprüche gegenüber den übrigen Zuhältern, einen nach den anderen geltend machen. Das Gesetz vom 24. April 1854 zeitigte freilich auch hier, ähnlich wie in England und Frankreich, einen Rückschlag zu ungunsten des Kindes; hiernach hatte das Kind wesentlich nur noch in den gleichen Fällen an den natürlichen Erzeuger Alimentationsansprüche, in denen man der Mutter Ansprüche auf Schadloshaltung zuerkannte: ist letztere zur Zeit der Konception verheiratet, ist sie bescholten oder hat sie in der Konceptionszeit mit mehreren Männern verkehrt, so verliert das Kind ebenso wie die Mutter jeden Anspruch gegen den Schwängerer. Wenn trotz des sehr dehnbaren Gesetzesparagraphen das Kind seinen Anspruch erfolgreich durchgeführt hat, so wird die Höhe der Alimentengelder nach den ortsüblichen Kosten der Erziehung eines ehelichen Kindes des Bauern- oder gemeinen Bürgerstandes bestimmt. Die Unterhaltung des unehelichen Kindes liegt dem Vater in der Regel nur bis zum vollendeten vierzehnten Lebensjahre ob, die Verpflichtung dauert aber auch nachher fort, wenn das Kind — namentlich wegen Krankheit oder Geistesschwäche — unfähig ist, sich selbst zu ernähren (Dernburg [8]). — Nach Berliner Ortsgebrauch kann der Mutter als selbständiger Anspruch für Taufe, Entbindung und Sechs-Wochen-Kosten die Summe von 60 M., dem Kinde bis zum 4. Lebensjahre eine monatliche Summe von 13,50 M., vom 5. bis zum vollendeten 14. Jahre eine solche von 15 M. zugesprochen werden. Neuerdings hat das Königl. Polizeipräsidium gelegentlich folgende Sätze für angemessen erklärt: für das 1. Jahr 18 M., für das 2. Jahr 16,50 M., für das 3.—6. Jahr 15 M., für das 7.—14. Jahr für Knaben 15 M., für Mädchen 12 M. (Neumann [9]).

Aehnlich wie in Preußen steht auch nach der neueren Gesetzgebung der meisten anderen deutschen Staaten — mit Ausnahme der preußischen Rheinprovinz und von Rheinbayern — jedem unehelichen Kinde ein Unterhaltungsanspruch gegen den natürlichen Vater zu; auf die Verhältnisse, unter denen er geltend gemacht werden kann, können wir hier nicht eingehen *).

---

*) Die Unterhaltspflicht des unehelichen Vaters ist erschöpfend in den Motiven zu dem Entwurfe eines bürgerlichen Gesetzbuches (1571) und in der an diesen Entwurf an-

Wenn man die neueren Bestimmungen über die Pflichten des natürlichen Vaters gegen sein uneheliches Kind überblickt, so ist die Neigung überall zu bemerken, den Vater zur Unterhaltung des Kindes — unter bestimmten Voraussetzungen — heranzuziehen, und selbst in Frankreich gewinnt diese Auffassung immer mehr Anhänger. Jedenfalls kann die vorsichtige Durchführung des Grundsatzes überhaupt zur Verminderung der unehelichen Geburten sowie andererseits zur Abschwächung der aus der unehelichen Geburt dem Kinde erwachsenden Schädigungen beitragen. Im allgemeinen ist freilich die Gesetzgebung noch nicht an demjenigen Punkte angelangt, an dem sie bei der schuldigen Rücksichtnahme auf die allgemeine Sittlichkeit die größtmögliche Sorge für das uneheliche Kind trifft.

Ein Punkt, welcher dem Gesetzgeber besondere Schwierigkeiten macht, ist der, ob die Bescholtenheit der Mutter einen Einfluß auf die Pflichten des unehelichen Vaters gegen das Kind üben soll, und man muß zugeben, daß die entgiltige Entscheidung schwer zu treffen ist. Ein anderer Punkt, welcher schon eher zu gunsten des Kindes zu erledigen wäre, ist die Höhe der Alimentierung bei wirklich nachgewiesener Vaterschaft. Wenn die Verwendung der Alimente im Interesse des Kindes genügend gesichert ist, erscheint es kaum gerecht, die Höhe der Alimente ohne Rücksicht auf die mütterlichen und väterlichen Vermögensverhältnisse so festzusetzen, daß dem Kinde im ganzen ein nur eben ausreichender Lebensunterhalt geboten wird. Worüber sich bei der Alimentierungsfrage am wenigsten streiten läßt, ist aber das Verlangen, daß die Mittel, die das Gesetz dem Kinde gewährt, so rechtzeitig bereit gestellt werden, daß das Kind den entsprechenden Nutzen von ihnen haben kann. Unter der rechtzeitigen Gewährung wäre zu verstehen, daß die Ansprüche der Geschwängerten auf Schadloshaltung, die ja auch dem Kinde zu gute kommen, und die Ansprüche des Kindes auf Alimentierung schon zu einem Zeitpunkte geltend gemacht werden können, welcher die Schonung in der letzten Zeit der Schwangerschaft und die Fürsorge für die Entbindung und die Sorge für das Neugeborene materiell sichert. Es müssen also die Kosten für Entbindung, Wochenbett und Erhaltung des Neugeborenen schon vor der Entbindung bereit gestellt werden — eine Vorsorge, welche schon in der peinlichen Halsgerichtsordnung und im Allgemeinen Landrecht getroffen war und auch jetzt noch in einzelnen Staaten (z. B. in Mussachusetts und in vielen einzelnen Schweizer Kantonen) anzufinden ist. Was die Dauer der Alimentierung betrifft, so ist sie so zu bemessen, daß die Zeit der Ausbildung zu einem Berufe eingeschlossen ist (im Kanton Luzern läuft nach Gesetz vom 12. Sept. 1865 die Unterhaltspflicht bis zum 17. Jahre [*]).

Es mag hier in kurzen Strichen geschildert werden, in welcher Weise der Entwurf eines bürgerlichen Gesetzbuches für das Deutsche Reich (in der 2. Lesung) die Verhältnisse des unehelichen Kindes regelt. Hiernach ist der uneheliche Vater verpflichtet, der Mutter die Kosten der Entbindung und des Unterhaltes für die ersten 6 Wochen nach der Entbindung innerhalb der Grenzen der Notdurft zu ersetzen und dem Kind den der Lebensstellung der Mutter entsprechenden Unterhalt zu gewähren. Schon vor der Geburt des Kindes kann auf Antrag der Mutter durch einstweilige Verfügung angeordnet werden, daß der Vater den für das 1. Vierteljahr dem Kinde zu gewährenden Unterhalt alsbald nach der Geburt an

schließenden Litteratur (siehe u. a.: Menger, Das bürgerliche Recht und die besitzlosen Klassen, Tübingen 1890) behandelt.

die Mutter oder an den Vormund zahle und den hierzu erforderlichen Betrag angemessene Zeit vor der Geburt zu hinterlegen habe. Der Vater wird vor der Mutter und den mütterlichen Verwandten des Kindes für unterhaltspflichtig erklärt; eine Vereinbarung über den Unterhalt für die Zukunft oder über eine dem Kinde zu gewährende Abfindung ist von der Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes abhängig und ein unentgeltlicher Verzicht auf den Unterhalt für die Zukunft unzulässig. Die Alimentierungspflicht läuft bis zum vollendeten 16. Jahre.

Wir haben erörtert, welche rechtlichen Verpflichtungen dem einzelnen auferlegt werden, um die Notwendigkeit einer öffentlichen Fürsorge für das Kind zu vermeiden. Wenn die letztere trotzdem eintreten muß, so kann nach den Grundsätzen der modernen Armenpflege das Kind als solches, soweit seine natürlichen Ernährer leben, im allgemeinen überhaupt nicht unterstützungsbedürftig werden, sondern nur mittelbar dadurch, daß die zu seiner Erhaltung Verpflichteten ihrer Pflicht nicht mehr nachkommen können und hiermit selbst armenberechtigt werden. Die Unterstützung wird dann meist nicht dem Kinde als solchem, sondern denjenigen, die für dasselbe zu sorgen haben, gewährt. Nur wenn die zur Verpflegung des Kindes Verpflichteten, also wesentlich die Eltern, durch Tod oder aus anderen äußeren Ursachen für das Kind persönlich nicht sorgen können, übernimmt die Behörde unmittelbar die Fürsorge. Es fallen unter dieselbe der Regel nach: 1) gänzlich verwaiste (vater- und mutterlose); 2) verlassene; 3) verwahrloste Kinder, und 4) Kinder, deren Verwahrlosung durch Begehung einer Strafthat zum Ausdruck gekommen ist (Münsterberg[10]). Was die unehelichen Kinder betrifft, so hat die Mutter und in den gesetzlich festgesetzten Grenzen der natürliche Vater für das Kind zu sorgen. Wird der Vater mit einem so niedrigen Satze zur Erhaltung des Kindes herangezogen, daß der Bedürftigkeit des unehelichen Kindes hierdurch nicht vorgebeugt wird, so wird zur Vermeidung der Verarmung die Armenbehörde ein Interesse daran haben, dem Kinde die gebührenden Alimente zu sichern und, soweit der von den Eltern gewährte Lebensunterhalt trotzdem die Armut nicht verhindert, selbst einzutreten haben.

In Dänemark (Gesetz vom 20. Mai 1888) ist von diesem Standpunkte aus die Einrichtung getroffen, daß die bedürftige Mutter eines unehelichen Kindes die durch die Behörden bestimmten Alimente von dem unehelichen Vater durch Vermittelung der Armenverwaltung seines Wohnortes einziehen lassen, bezw. zunächst von der Armenverwaltung erheben kann, welche sich nun ihrerseits an den unehelichen Vater hält und ihm, wenn er nicht zahlen kann, die Alimente als Armenunterstützung anrechnet.

In Leipzig (Taube[11]) stellt das unter dem Armenamt stehende Ziehkinderamt (der Vorsitzende ist Generalvormund der Ziehkinder) zunächst fest, ob für die Existenz des unehelichen Kindes von seiten beider Eltern nachweisbar gesorgt ist; zahlt der Vater nicht, so wird er hierzu von dem Ziehkinderamt angehalten und, wenn nötig, im Prozeßwege hierzu gezwungen.

Auch durch Zwangsmaßregeln kann die in Anspruch genommene Behörde versuchen, die Alimentation von den natürlichen Vätern zu erlangen. In die Verwaltungsordnung der Stadt Dresden ist der Paragraph aufgenommen[11]: „Diejenigen natürlichen Väter, welche es unterlassen, den ihnen gesetzlich obliegenden und richterlich festgesetzten

oder mit ihnen vereinbarten Beitrag zum Unterhalt des von ihnen außerehelich gezeugten Kindes zu bezahlen, obschon ihre Vermögensmittel oder Arbeitskräfte dazu hinreichen, dafern in dessen Folge das Kind auf öffentliche Kosten unterhalten und erzogen werden muß, werden in die Arbeitsanstalt aufgenommen." Einen ähnlichen Paragraphen enthält die Ordnung der Leipziger Zwangsarbeitsanstalt.

In Norwegen[11] wird der Alimentationsbeitrag der Personen, die öffentliche Lähmung, Pension oder Wartegeld haben, von den öffentlichen Kassen einbehalten, während der Beitrag Anderer durch Auspfändung eingetrieben wird. Wenn man auf diese Weise die Beträge nicht erhalten kann, hat man gegen die Militärs keine weiteren Zwangsmittel, wogegen andere außereheliche Väter außer solchen, die eheliche Kinder zu versorgen haben, zur Arbeit in Zwangsarbeitshäusern angehalten werden können.

Den guten Willen oder den Zwang zur Alimentierung bei dem natürlichen Vater vorausgesetzt, werden in letzter Linie seine Vermögensverhältnisse entscheiden.

Es mag an dieser Stelle über dieselben, soweit der Berufsstand sie andeutet, eine Angabe eingeschaltet werden. Wir benutzen hierzu die Angaben Taube's[11] über den Stand, welchen die unehelichen Väter der Leipziger Ziehkinder haben, und fügen für Berlin eigene poliklinisch sowie im Kinderschutzverein angestellte Erhebungen an. Der Einwand, daß es sich bei diesen Zahlen gerade um Kinder aus den ärmlichsten Verhältnissen handelt, dürfte keine wesentliche Bedeutung haben.

	Taube (962 natürliche Väter) Prozent	H. Neumann (217 natürliche Väter) Prozent
Handwerker, Handarbeiter, Zimmerleute, Maurer, Kutscher etc.	58,0 (mit Arbeiter)	51,2
Arbeiter		15,7
Markthelfer	5,7	
Diener, Kellner	3,7	6,0
Bauer, Knecht		1,0
Post-, Bahnbeamte		1,8
Beamte	2,7	
Schreiber, Kanzlist etc.		2.8
Unteroffiziere, Offiziere etc.	2,9	2,8
Heilgehilfe		0,5
Künstler	0,9	1,4
Inspektor, Bureauvorsteher		1,8
Oekonomen	1.8	
Kaufmann	11,1	5,1
Selbständige Gewerbetreibende (z. B. Restaurateure)	0,7	4,6
Hauseigentümer, Rentiers	0,7	1,0
Lehrer, Aerzte, Richter, Architekten, Gelehrte	0,9	2.8
Studenten, Bauteckniker	2,8	1,8
Soldaten	7.9	
	100	100

In meiner Zusammenstellung leisteten zur Zeit 12 Proz. der Väter ihre Militärpflicht ab, und zwar gehörten diese Väter wesentlich den zwei ersten Berufsgruppen an; nehmen wir an, daß sich die Soldaten in Taube's Tabelle in gleicher Weise verteilen, so würden hier wie dort $^2/_3$ der unehelichen Väter Arbeiter und Handwerker sein.

Diese Angaben zeigen, daß die Vermögensverhältnisse der unehelichen Väter meist nur bescheiden sind, wenngleich sie trotzdem ge-

wöhnlich — außer z. B. bei den zum Militär eingezogenen Vätern — zu der Leistung der ortsüblichen Minimalverpflegungssätze ausreichen dürften.

Wir hatten bisher die öffentliche, vom Staate ausgeführte oder angeordnete Armenpflege im Auge, welche als selbstverständlich die Pflege armer Kinder in sich schließt. Es giebt aber Länder, wie z. B. Frankreich, wo weder für den Staat noch für die Gemeinde eine rechtliche Verpflichtung, alle hilfsbedürftigen Armen zu unterstützen, besteht [19]. Hier sah man sich veranlaßt, durch besondere gesetzgeberische Akte für die hilflosen Kinder Sorge zu tragen — und zwar um so mehr als das Gesetz der großen Klasse der Unehelichen die Unterstützung durch den unehelichen Vater abgeschnitten hatte.

Das Dekret vom 19. Januar 1811 bestimmt, daß der öffentlichen Fürsorge die Erziehung der folgenden Klassen von Kindern anvertraut wird: 1) der Findlinge (d. i. Kinder unbekannter Eltern); 2) der verlassenen Kinder (enfants abandonnés, d. i. mit unbekanntem Aufenthalt der Eltern) und der armen Waisen. Zu der zweiten Klasse werden aber auch die bedürftigen Kinder von Leuten, die sich im Gefängnis, in Hospizen und Krankenhäusern aufhielten, gezählt.

Hiernach unterscheidet sich der gesetzliche Kinderschutz in Frankreich von dem in Staaten mit öffentlicher Armenpflege geübten dadurch, daß der Unterstützungszwang gegenüber Kindern armer Eltern — direkt wie indirekt — wegfällt. Wenn man sich in Frankreich der letzteren trotzdem annimmt, so behandelt man sie hierbei wie verlassene Kinder (abandonnés) und nimmt sie dementsprechend in eigene Pflege. Um die Ausdehnung anzudeuten, in der die Enfants assistés verpflegt werden, sei erwähnt, daß im Jahre 1889 ihre Zahl 22 581 betrug und 5 918 289 Frcs. für sie verausgabt wurden (ausschließlich der später zu erwähnenden Enfants secourus [18]).

Während über die staatliche Pflicht zur Unterstützung und über die allgemeine Richtung, welche ihr zu geben ist, in den hauptsächlichsten Punkten Einigkeit herrscht, finden sich außerordentliche Verschiedenheiten in den angewendeten Methoden. Bei den meisten Völkern germanischer Abstammung hat sich die Ueberzeugung Bahn gebrochen, daß es zur Beschränkung der Armut unbedingt nötig sei, die behördlich organisierte Armenunterstützung nur denen, und zwar mit thunlichster Beschränkung zuzuwenden, die ihrer wirklich bedürfen.

In England hat man eine Einschränkung der Armenunterstützungen und in mittelbarer Folge der Armut selbst (wenigstens soweit sie zur behördlichen Kenntnis kommt) dadurch erreicht, daß man die geschlossene Armenpflege (in-door relief) in den Vordergrund schob (z. B. noch regelmäßig für wiederholt geschwängerte Ledige mit ihren Kindern in Anwendung) (Aschrott [14]). In anderen germanischen Staaten, z. B. in Deutschland, hat man die humanere Form der offenen Armenpflege in der Art ausgebildet, daß nach eingehender Würdigung des Einzelfalls derselbe die ihm zukommende Erledigung findet. In allen germanischen Ländern bleibt auch im Fall der Armenunterstützung, soweit möglich, den Eltern die unmittelbare Fürsorge für ihre Kinder überlassen.

Nach der Entwickelung der für bedürftige Kinder im allgemeinen geltenden Gesichtspunkte bleibt noch die Fürsorge zu erörtern, welche

in einzelnen Staaten den unehelichen Kindern in einer besonderen Form, die von den sonstigen Grundsätzen der Armenfürsorge mehr oder weniger abweicht, gewidmet wird.

Wir sahen schon, daß man bei den germanischen Völkern der Ansicht huldigt, daß die Mutterschaft, auf welche Weise sie auch zu stande gekommen sei, natürliche und darum unlösbare Pflicht- und Rechtsverhältnisse zwischen Mutter und Kind schafft, die, einmal vorhanden, von der Mutter und ebenso von der Gemeinschaft, in der sie lebt, anerkannt werden müssen. Im Gegensatz hierzu fürchtet man bei den romanischen Völkern durch eine solche Anerkennnng die weibliche Ehre, die durch die uneheliche Schwängerung schon eine schwere Schädigung erlitten habe, noch mehr bloßzustellen, und hiermit verknüpft sich die bei einem solchen Gedankengang begreifliche und auch nicht unberechtigte Befürchtung für das uneheliche Kind, daß die Mutter bei Versagung des in der angedeuteten Richtung für billig erachteten Schutzes das kindliche Leben — den einzigen öffentlichen Zeugen ihres Fehltritts — zu vernichten trachten wird. In diesem Sinne erschien es als ein durchschlagendes Hilfsmittel, der unehelichen Mutter ihr Neugeborenes abzunehmen, und zwar in einer solchen Form, daß sie hierbei ihre Person nicht zu offenbaren braucht. Die Schwächen dieses Systems der Findelpflege sind einleuchtend: den angestrebten Zweck vollkommener Geheimhaltung könnte man, wenn er überhaupt ethisch zu billigen wäre, in gleichmäßiger und vollkommener Weise nur erreichen, wenn der Staat die ledige Mutter schon mit dem Sichtbarwerden ihrer Schwangerschaft übernähme und seine Fürsorge allen Ledigschwangeren, die sie wünschten, zuwendete. Abgesehen von der räumlichen und ökonomischen Schwierigkeit, eine derartige Forderung zu erfüllen, ist die Bedürfnisfrage bei Verzicht auf die Prüfung des Einzelfalles überhaupt nicht klarzustellen. Das Bedürfnis für Findelpflege bildet überhaupt nicht eine feste Größe, sondern wird zu einem großen Teil erst durch die Proklamierung der obenerwähnten Anschauungen und durch die Vorkehrungen, welche das Verlassen des Kindes begünstigen, wachgerufen. Aber es wird nicht nur bei der Aussetzung der Kinder gestattet, dem Begriff der Bedürftigkeit eine beliebige Ausdehnung zu geben, sondern er findet, was noch schlimmer ist, hiermit geradezu eine Bevorzugung der Gewissenlosigkeit zu ungunsten derjenigen statt, welche es nicht über sich gewinnen, sich kurzer Hand ihrer Mutterpflichten zu entäußern. Der Anreiz zum Aussetzen des Kindes übt schließlich nicht nur auf ledige Mütter ihre Wirkung, so daß sich unter den Findelkindern neben den unehelichen stets auch ein kleinerer Teil ehelicher Kinder findet (im Moskauer Findelhaus gegen 20 Proz., über $^1/_3$ in der Annunziata in Neapel[15] vor ihrer Reorganisation im Jahre 1875); sie alle verlieren unterschiedslos mit der Uebernahme in das Findelhaus ihre natürlichen Anrechte an ihre Mütter bez. Eltern.

Die Fürsorge für die Findlinge ging von der christlichen Kirche aus; im 9. Jahrhundert finden wir vor vielen Kirchen Marmorbecken, in welche man Kinder niederlegte; von hier aufgenommen, kamen die Findlinge in private geistliche Pflege. Die erste geschlossene Anstalt zur Findlingsversorgung wurde im Jahre 787 von dem Erzbischof Dartheus in Mailand errichtet, es folgten zahlreiche, meist von der Kirche gegründete Findelhäuser in den folgenden Jahrhunderten. In den der

Reformation sich anschließenden Ländern verschwanden sie aber allmählich wieder; etwa neu errichtete gingen hier bald wieder ein. — Napoleon I. ordnete im Jahre 1811 die Errichtung von Findelanstalten auf Staatskosten in sämtlichen Arrondissements von Frankreich an; die Drehladen, welche hier unterschiedslos jedes ausgesetzte Kind aufnahmen, sind jedoch allmählich sämtlich wieder eingegangen (s. unten), es ist nur eine mehr oder weniger ausgedehnte staatliche Verpflichtung für die Findlingversorgung übrig geblieben. Hingegen hat sich die Wiener Findelanstalt, welche Joseph II. in Berücksichtigung neuzeitlicher Anschauungen im Jahre 1784 gründete, bis heute wesentlich unverändert erhalten. (Genaueres über die Geschichte des Findelwesens bei Hügel[21], Lallemand[22] und Raudnitz[23].)

Das System der bedingungslosen und geheimen Uebernahme in Findelpflege, dessen hygienische Würdigung in dem nächsten Abschnitt gegeben wird, findet sich in seiner reinen Form nur noch in wenigen Staaten, wie Spanien, Brasilien und einem Teile Italiens. In Frankreich besteht es nur noch im Seine-Departement; doch hat man sich hier wenigstens zu einem vorsichtigen Versuch entschlossen, das Nationale des Kindes zu erfahren, — um ihm seinen Civilstand und die hieraus eventuell erwachsenden rechtlichen Vorteile zu sichern; auch sucht man durch Vorhaltungen und Geldunterstützungen die Mutter zu veranlassen, ihr Gesuch um Uebernahme des Kindes zurückzuziehen.

Um keinen Zweifel darüber zu lassen, daß man nach wie vor der Mutter das Recht zuerkennt, ohne weiteres ihr Kind dem Findelhaus zu übergeben, wird übrigens in Paris durch besonderen Anschlag im Aufnahme-Bureau darauf hingewiesen, daß keine Verpflichtung für den Ueberbringer des Kindes besteht, die an ihn gerichteten Fragen zu beantworten. Die im Bureau des Pariser Findelhauses aufgenommenen Kinder werden als „Verlassene" (Abandonnés) (s. früher) betrachtet und demgemäß verpflegt. Die Folgen dieser besonderen Behandlung der Findelfrage seitens des Seine-Départements geben sich darin zu erkennen, daß während die Bevölkerung desselben nur 7,75 Proz. der Bevölkerung Frankreichs ausmacht, die Zahl seiner Enfants-Assistés 33,18 Proz. sämtlicher Enfants-Assistés Frankreichs (am 31. Dezember 1887) betrug.

Einen Schritt weiter gehen die russischen Findelanstalten: bei der Aufnahme des Säuglings, die unterschiedslos gewährt wird, ist unbedingt ein Geburtszeugnis vorzulegen, welches nur bei Zahlung von 25 Rub. in geschlossenem Couvert, sonst jedoch offen zu überreichen ist. Uneheliche Kinder vom vollendeten 1. Jahr bis zu 5 Jahren werden nur unter Nachweis vollkommener Hilflosigkeit aufgenommen[16].

In Rußland dürfte die Findelpflege jetzt ihre größte Ausbreitung haben; bei 109 831 unehelichen Geburten im europäischen Rußland (im Jahre 1888) kamen in Petersburg, Moskau und Warschau im Ganzen 34 044 Kinder des ersten Lebensjahres, also fast $^1/_3$ aller Geborenen, in Findelpflege.

Die Casa dell' Annunziata in Neapel hat ebenfalls seit dem Jahre 1875 mit der Drehlade und den mit ihr verbundenen Ansichten vollkommen gebrochen. Neben der Entbindungsanstalt für Ledigschwangere umfaßt sie jetzt eine Findel- und eine Erziehungsanstalt.

Es finden im offenen Bureau die von außen oder aus der Entbindungsabteilung gebrachten unehelichen Kinder Aufnahme, jedoch nur nach Vorlegung des Geburtsscheines und unter Nachweis, daß sie von keinem der beiden Eltern genügend erhalten werden können; ferner finden eheliche Kinder Aufnahme, wenn sie verlassen oder ausgesetzt sind, oder wenn die Eltern längere Freiheitsstrafen erdulden oder unheilbar krank sind und schließlich, wenn sie Vollwaisen sind oder die vollkommene Armut der Eltern und die Unfähigkeit der Mutter zum Stillen bescheinigt ist.

Eine glückliche Vermittelung zwischen der ursprünglich gebräuchlichen Findelpflege und den modernen Anschauungen stellt das österreichische Findelhaussystem dar. Zwar werden auch hier Kinder, die in der geheimen Abteilung der Gebäranstalt (Wien) geboren sind, gegen eine Abfindungssumme ohne Vorweisung des Zuständigkeitsdokumentes durch das Findelhaus übernommen, bei der großen Menge der Kinder ist jedoch die genaue Kenntnis ihres Civilstandes, der außer gegenüber den Gerichtsbehörden durchaus geheim gehalten wird, sowie eine von der Mutter in Form von Ammendiensten zu leistende Gegenleistung für die Aufnahme notwendige Bedingung. Wesentlich gegenüber dem romanischen System ist aber vor allem der folgende Punkt: die Findelkinder in den romanischen Staaten, ebenso in Rußland, bleiben bis zu ihrer Großjährigkeit in behördlicher Pflege und können, wenn überhaupt, von ihren Angehörigen nur unter erschwerenden Bedingungen reklamiert werden, die österreichischen Findelhäuser hingegen verpflegen die Kinder nur während der ersten 6 bez. 10 Lebensjahre; hiernach hört die Geheimhaltung der Mutterschaft auf und wird das Kind der Zuständigkeitsgemeinde der Mutter übergeben, wenn nicht die Mutter selbst inzwischen für dasselbe Vorsorge getroffen hat [17]. Hiermit findet also wieder die Rückkehr zu den sonst in deutschen Ländern üblichen Grundsätzen der öffentlichen Armenpflege statt.

Es wurden im Jahre 1890 in den im Reichsrate vertretenen Ländern Oesterreichs 128 702 uneheliche Kinder lebend geboren, während nur 4722 Kinder des 1. Lebensjahres in Findelpflege kamen [18]. Speziell in Böhmen fällt ungefähr der zehnte Teil der dort geborenen unehelichen Kinder der öffentlichen Versorgung zur Last (Epstein [19]).

Diese Prinzipien haben übrigens auch in den Ländern mit romanischer Findelpflege angefangen durchzudringen und den Boden, auf dem das alte Findelwesen ruht, noch weiter zu untergraben. Zunächst wird hier noch neben bedingungsloser Uebernahme durch ein Findelhaus eine häusliche Unterstützung gewährt (z. B. in Frankreich), so daß die Mutter zwischen beiden freie Wahl hat, bis schließlich die häusliche Unterstützung über die geheime Aufnahme die Oberhand gewinnt. Insofern diese häusliche Unterstützung (secours temporaire) nur Bedürftigen zufließen wird, siegt also hier auch für die Unehelichen allmählich der Grundsatz: nur soweit zu unterstützen, als die individuellen Verhältnisse Unterstützung erheischen. Indem die Mutter bei dieser Unterstützung ihr Kind bei sich behält, wird ihr gleichzeitig die gesamte Verantwortlichkeit für ihr Kind in derjenigen Weise überlassen, wie dies dem auch sonst anerkannten Verhältnis zwischen Kind und Eltern entspricht. Wie außer

dem ökonomischen Vorteil dieses System auch hygienisch seine Vorzüge hat, wird in dem nächsten Abschnitt gezeigt werden.

Recht deutlich zeigt sich der Wandel in Portugal; dort wurden in der Miséricorde jährlich ungefähr 2500 Kinder mittels Drehlade aufgenommen, während nach Schluß der letzteren (1870) die Zahl der Findlinge auf 265 im Jahre 1880 sank und hingegen 2804 Mütter Unterstützungen bei der häuslichen Pflege ihres Kindes erhielten [6]. Im Seine-Département wurden im Jahre 1892 4897 Enfants-Assistés neu aufgenommen (unter ihnen standen 2893 im 1. Lebensjahre); hingegen wurde an 3059 Mütter eine Unterstützung zur häuslichen Aufziehung ihrer Säuglinge gegeben — es ist also auch hier schon die Findelpflege der Säuglinge im Rückgang.

Wir dürfen diesen Abriß der Methoden, nach denen der Schutz bedürftiger Kinder geübt wird, nicht schließen, ohne noch einer alten und allgemein verbreiteten rechtlichen Institution — der Vormundschaft — zu gedenken, welche den Schutz und die Vertretung unmündiger Kinder zum Zweck hat. Soweit zur Hilflosigkeit noch Mittellosigkeit tritt, zieht es im allgemeinen übrigens die neuere Gesetzgebung vor, die materielle Fürsorge für das Kind und die sonstige Wahrnehmung seiner Interessen nicht derselben Person oder Behörde zuzuweisen. Während die materielle Fürsorge im Bedarfsfalle die Armenbehörde zu leisten hat, wird — mit Ausnahmen — durch Ernennung und Verpflichtung einer Privatperson zum Vormund versucht, die fehlende elterliche Fürsorge, in einer Form, welche dem Bedürfnis entsprechend individualisieren kann, soweit möglich zu ersetzen. Um eine jede Garantie zu gewähren, ist der Vormund jedoch besonderen gerichtlichen Behörden verantwortlich. Von diesem Prinzip, welches z. B. in der preuß. Vormundschaftsordnung durchgeführt ist, geht man im allgemeinen nur ab, wenn der Mündel in geschlossenen Anstalten verpflegt wird.

Nach der preußischen Vormundschaftsordnung (vom Jahre 1875) liegt dem Vormund die Sorge für die Person und die Vermögensangelegenheiten des Mündels, sowie die erforderliche Vertretung desselben ob. Der Vormund wird in Bezug auf die Vermögensverwaltung durch den Gegenvormund kontrolliert. Außerdem überwacht die Gemeinde durch den Waisenrat das persönliche Wohl und die Erziehung des Mündels. Das Vormundschaftsgericht bestellt den Vormund und führt über seine Thätigkeit mit Hilfe des Gegenvormunds und des Waisenrats die Aufsicht, hat auch bei bestimmten Rechtshandlungen zur Herstellung der vollen Wirksamkeit seine Genehmigung zu erteilen. Das Interesse der Familie wird berücksichtigt, indem die von den Eltern benannten Personen, die Mutter und die Großeltern als durch das Gesetz zu Vormündern berufen bezeichnet werden und nur unter besonderen Umständen übergangen werden können, ferner durch Vorschriften über gutachtliche Anhörung von Verwandten und Verschwägerten, sowie durch das Institut des Familienrats.

Es geht in Deutschland an manchen Stellen das Streben dahin, auch solchen offenen Anstalten, deren Zweck es ist, ausgedehnt für die ihnen unterstellten Kinder zu sorgen, die vormundschaftlichen Vollmachten zu verschaffen, wie z. B. die Thätigkeit des Leipziger Zieh-

kinderamtes dies zum Vorteil der Ziehkinder erreicht hat, und es kann dies in der That zuweilen durchaus im Interesse der Kinder liegen. Im allgemeinen wird man gerade bei der Vormundschaft anerkennen müssen, daß es weniger auf ihre Form als auf den Geist, der sie durchdringt, ankommt (s. auch später).

Wie auch immer die Armenkinderpflege geregelt ist, so wird ihr Zweck und Inhalt immer in der Richtung liegen, die Münsterberg[10] für die deutsche Armenpflege in den folgenden Worten zeichnet: „Bei der Fürsorge für arme Kinder ist es nicht allein der Gesichtspunkt der Bewahrung vor leiblichem Mangel, welcher Art und Umfang der notwendigen Maßregeln bestimmt. Es sind vor allem auch erziehliche und gesundheitliche Rücksichten, welche daneben wesentlich in Betracht fallen. Die Erkenntnis darf heute als eine allgemeine gelten, daß nicht allein die Barmherzigkeit, sondern ebenso wohl das öffentliche Interesse die möglichst beste körperliche und sittliche Pflege der bedürftigen Kinder gebietet, weil nur durch Erhaltung der Gesundheit, durch Gewöhnung an Sitte und Ordnung, durch Unterweisung in einem Nahrungszweige der künftigen Armut wirksam vorgebeugt werden und eine künftige, sehr viel schwerere finanzielle Belastung und sittliche Schädigung durch gegenwärtige und rechtzeitige Aufwendungen zu den vorbezeichneten Zwecken abgewendet werden kann."

Inwieweit diese Ziele der Armenkinderfürsorge erreicht werden, hängt wesentlich von der Organisation der Armenpflege ab, die wir im Vorhergehenden allgemein angedeutet haben. Hier sei nur noch ein Punkt von grundsätzlicher Bedeutung erwähnt. Der Erfolg der Armenkinderfürsorge hängt überall wesentlich davon ab, daß mit ihr Behörden betraut werden, deren finanzielle Leistungsfähigkeit für die Bewältigung der gestellten Aufgabe ausreicht. So fällt z. B. in Deutschland ein Teil der Armenkinderpflege den im allgemeinen wenig leistungsfähigen Ortsarmenverbänden zu, ein anderer hingegen den Landarmenverbänden, deren Last mittelbar oder unmittelbar vom Staat getragen wird; den Ortsarmenverbänden kann von den Landarmenverbänden eine Beihilfe gewährt werden oder auch die Fürsorge für ganze Kategorien bedürftiger Kinder abgenommen werden, und insofern wird die Erfüllung unserer oben ausgesprochenen Forderung im ganzen sichergestellt. Im Einzelnen finden sich freilich trotzdem vielfach Mängel in der Kinderfürsorge, insofern die prinzipielle Verpflichtung der Gemeinden, für ihre armen Kinder zu sorgen, im wesentlichen aus den verschiedensten Gründen aufrecht erhalten werden muß, ohne daß doch immer bei den Gemeinden gegenüber der gestellten Aufgabe hinreichend offene Hand und weitsichtiger Blick anzutreffen wäre. (Vergl. Münsterberg[10] und Hauser[20].)

1) *Preuſs. Statistik* (1893) 123. *Bd.*, *Berlin* 1893.
2) *Statist. Jahrb. d. St. Berlin f.* 1891, *Berlin* 1893.
3) **T. W. Fowle**, *The Poor Law*, *London* 1890.
4) **J. P. Frank**, *System einer vollständigen medizin. Polizey*, 1. *Bd.*, *Mannheim* 1779.
5) **Lagrange**, *Les enfants assistés en France*, *Paris* 1892.
6) *Congr. intern. de la protection de l' enfance* 2. *Bd.* (1886).
7) *Von der Direktion der n.-ö. Landes-Gebär- und Findelanstalt*, *D.-No.* 185 *ex* 1888.
8) **Heinrich Dernburg**, *Lehrb. d. preuſs. Privatrechts* 3. *Bd.*, *Halle* 1884.
9) **H. Neumann**, *Die unehelichen Kinder in Berlin*, *Jahrb. f. Nationalökonomie III. Folge* 7. *Bd.*
10) **Münsterberg**, *Die deutsche Armengesetzgebung*, *Leipzig* 1887.
11) **Max Taube**, *Der Schutz der unehelichen Kinder in Leipzig*, *Leipzig* 1893.

12) **Löning**, *Armenwesen*, § 16 (*in Schönberg, Handb. d. polit. Oekonomie 3. Bd. 3. Aufl.* [1891]).
13) *Statist. génér. de la France, Stat. annuelle* 1889/1890.
14) **Aschrott**, *Das englische Armenwesen, Staats- und sozialwissenschaftl. Forschungen, herausgegeb. von H. Schmoller 5. Bd. 4. Heft, Leipzig* 1886.
15) *Statuto organico e regolamento interno de R. stabilimento dell' Annunziata di Napoli, Napoli* 1883.
16) *Aperçu général de la Maison impériale des enfants trouvés à Moscou, Moscou* 1893.
17) *Wiens sanitäre Verhältnisse und Einrichtungen, Wien* 1881.
18) *Oesterr. Statistik* 31. *Bd.* 3. *Heft, Wien* 1892, *und Stat. d. Sanitätswesens* 1890, *Wien* 1893.
19) **Alois Epstein**, *Studien zur Frage der Findelanstalten etc., Prag* 1882.
20) **W. Hauser**, *Ueber Armenkinderpflege, Karlsruhe* 1894
21) **Hügel**, *Die Findelhäuser und das Findelwesen Europas etc., Wien* 1863.
22) **Léon Lallemand**, *Histoire des enfants abandonnés et délaissés, Paris* 1885.
23) **Raudnitz**, *Die Findelpflege, Wien und Leipzig* 1886.

b) Besonderes.

1. Geschlossene Pflege.

Die Verpflegung der Kinder, welche öffentliche Fürsorge erheischen, kann in der Familie oder in Anstalten stattfinden.

Für die Anstaltspflege läßt sich als Grundsatz von allgemeiner Geltung aussprechen, daß sie nie in Gemeinschaft mit der Pflege Erwachsener stattfinden soll. Kinder jeden Alters wurden früher oft in Arbeits- und Armenhäusern zusammen mit Siechen, Bettlern und Dirnen — womöglich in den gleichen Räumen — verpflegt, und selbst jetzt kommt dies noch ausnahmsweise in kleinen Gemeinden vor*).

Wenn in England (Aschrott[3]) die Verpflegung von Kindern in den Workhouses noch sehr gebräuchlich ist, so werden zwar die hieraus erwachsenden Nachteile durch räumliche Trennung ein wenig gemildert, ohne sich jedoch — wie es auch allgemein anerkannt ist — hierdurch beseitigen zu lassen. Nur bei der Verpflegung in selbständigen Anstalten können die hygienischen und moralischen Erfordernisse der Kinderpflege erfüllt werden. Weiter ergiebt sich sogar vielfach die Notwendigkeit, die Anstaltspflege wieder nach dem Alter der Pfleglinge zu sondern, da die Erfordernisse nach dem Alter zu sehr wechseln, um sich bei gemeinsamer Verwaltunggenügend berücksichtigen zu lassen.

Wir wenden uns zunächst zu der Anstaltspflege der Säuglinge.

α) Säuglingspflege.

Zum Gedeihen des Säuglings ist die Innehaltung der natürlichen Verhältnisse nötig: Pflege durch die Mutter und im besonderen Ernährung an der Mutterbrust sind Forderungen der Natur, von denen auch die vorgeschrittenste Kultur nicht ungestraft abweichen kann.

Im stärksten Gegensatz hierzu steht das alte Findelhaussystem: die unseligen Folgen einer anstaltsweisen Verpflegung und Aufpäppelung der von ihren Müttern losgerissenen Neugeborenen und Säuglinge sind zu bekannt, als daß sie hier geschildert zu werden brauchen; dies System hat sich selbst gerichtet und kommt heute nicht mehr in Betracht. Wir sprechen darum hier nur von den Schattenseiten der Findelhauspflege, soweit ihre Erörterung auch heute noch praktisches Interesse hat.

*) Auch in Barcelona sollen noch jetzt Kinder zusammen mit Siechen, Idioten, Epileptikern und zahlenden Pensionären verpflegt werden[1].

Nur vereinzelt ist noch die Drehlade (le tour, la ruôta) in Gebrauch, jene außen an den Findelhäusern angebrachte Einrichtung, in welche der Ueberbringer des Kindes dasselbe zu jeder Tageszeit hineinlegen kann, um sich nach Abgabe eines Glockenzeichens ungesehen zu entfernen.

Die Drehlade findet sich noch in Spanien, Brasilien, Argentinien und einem Teile von Italien. In letzterem Lande hatten sie noch im Jahre 1893 462 Gemeinden in Benutzung; in dem Triennium 1890—92 wurden hier 21 191 lebende und 742 tote Kinde in Drehladen gefunden, während die Gesamtzahl der von den italienischen Findelanstalten in jener Zeit aufgenommenen Säuglinge 67 354 betrug.

Diese Einrichtung ist schon als solche der Gesundheit der Kinder höchst nachteilig, sodaß die Aufnahme im Bureau der Findelanstalt selbst ohne Aenderung der Aufnahmeregeln die Sterblichkeit vermindert; z. B. war letztere im Findelhaus von Orléans in den Jahren 1855—1856 82 Proz., im folgenden Jahre, nach Schluß der Drehlade und Aufnahme „à bureau ouvert“ nur 69 Proz.[3].

Aber abgesehen von der äußerlichen Form der Aufnahme wirkt das Prinzip der bedingungslosen Uebernahme in Findelpflege an und für sich mörderisch auf die Kinder, bevor sie überhaupt noch die Schwelle des Findelhauses überschritten haben. Will die Verführte durch Verlassen ihres Kindes ihren Fehltritt geheim halten, so muß sie sich auch schon in der letzten Zeit ihrer Schwangerschaft verborgen halten und im Geheimen niederkommen; sie kann also für sich und ihr Kind die gesundheitlichen Vorteile der öffentlichen Gebärabteilungen nicht genießen und ist in ihrem Schlupfwinkel der Verführung zur Fruchtabtreibung oder zum Kindesmord, der Ausbeutung und der Vernachlässigung ausgesetzt (Drouineau[4]). Insofern wird also dem oft betonten Zwecke der Findelhäuser, dem Kindesmorde vorzubeugen, geradezu entgegengearbeitet. Es ist außerordentlich viel über den Einfluß der Findelanstalten auf die Häufigkeit der Aussetzung und des Kindesmordes geschrieben; aus der neuesten Veröffentlichung über die Findelkinder in Italien ist erkennbar, daß hier in den Gemeinden mit Drehlade sogar mehr Aussetzungen vorkommen als da, wo die Drehlade geschlossen ist, und daß sich mit der Schließung der Drehladen keineswegs die Zahl der Kindesmorde vermehrt hat[5].

Eine andere Gefahr für das kindliche Leben ist durch den Transport des Säuglings zum Findelhaus gegeben. Das Findelhaus übt seine Anziehungskraft auf weite Entfernungen aus, sodaß den Kindern bei dem Transport Strapazen zugemutet werden, die sie oft selbst dann nicht würden ertragen können, wenn sie weniger schlecht gekleidet und versorgt wären.

Die Neigung, auf weiteste Entfernungen die Neugeborenen (hierunter auch viele eheliche) dem Pariser Findelhaus zuzuschicken, gab schon Ludwig XVI. unter dem 10. Januar 1779 Veranlassung zu einer Verordnung, aus der u. a. zu entnehmen ist (J. P. Frank[6] 2. Bd. 398 ff.), daß alljährlich mehr als 2000 Kinder, die in weit entfernten Provinzen geboren waren, nach Paris geschickt wurden, indem man sie ohne alle Fürsorge und zu allen Zeiten des Jahres öffentlichen Fuhrleuten mitgab. Um von der Gegenwart zu reden, so sind unter der jährlich steigenden

Zahl der in die Moskauer Findelanstalt gebrachten Kinder, von denen $^4/_5$ nur wenige Tage alt sind, nur 50 Proz. in Moskau selbst, 20 Proz. hingegen im Gouvernement Moskau und 30 Proz. in anderen Provinzen geboren [7]. Der Transport der letzteren geschieht auch im Winter nicht selten auf einige hundert Kilometer und während jeder Witterung in Körben, die unter die Bänke schmutziger Waggons III. Klasse gestellt werden. „Nicht selten werden Fälle beobachtet, in denen so transportierte Kinder in das Findelhaus mit abgefrorenen Nasen und Wangen gebracht werden, auch mit an ihren Lippen angefrorenen schmutzigen Saugapparaten"; gleichzeitig zeigen sie Erscheinungen von Entzündungen der Luftwege (Miller [8] p. 117).

Nachdem man einen wesentlichen Grund für die schlechten Erfolge der Findelhauspflege in der künstlichen Auffütterung erkannt hatte, ging man zur natürlichen Ernährung über, welche, da die Findelkinder von ihrer Mutter verlassen sind, durch Ammen stattfinden muß. Freilich ist die Anstaltspflege der Kinder mit Ammenernährung gegenüber den später zu erwähnenden Methoden nur noch wenig in Gebrauch. Es sind nur die russischen Findelhäuser zu erwähnen, und auch hier sind, obgleich die Kinder nicht länger als 6 Wochen in der Anstalt bleiben, ganz abgesehen von den später zu besprechenden Nachteilen, die dem Ammenwesen an und für sich anhaften, die Schwierigkeiten des Systems kaum zu überwinden. Obgleich im Moskauer Findelhaus jährlich 14000 Ammen Kinder säugen und der Tagesbestand 950 bis selbst 1400 beträgt, giebt es Zeiten, wo die Zahl der Ammen nicht entfernt ausreicht, und eine Amme 2, ja selbst 3—4 Kinder säugen muß und trotzdem eine Anzahl Neugeborener künstlich zu ernähren ist: es steigt dann die Sterblichkeit der Säuglinge — wesentlich infolge von Darmkrankheiten — bis auf 60 Proz. Im allgemeinen hat man deshalb darauf verzichtet, gesunde Kinder im Hause längere Zeit stillen zu lassen, sondern läßt dies nur vorübergehend durch eine beschränkte Zahl Hausammen geschehen, bis die Säuglinge in Außenpflege weitergegeben werden können. Eine Ausnahme wird in allen Findelanstalten mit kranken Säuglingen gemacht, welche bis zu ihrer Genesung in der Anstalt unter Darreichung der Ammenbrust verpflegt werden. Um bei ihnen die natürliche Ernährung durchzuführen, hat man in den österreichischen Findelanstalten den in den Landesgebäranstalten entbundenen Frauen, welche ihr Kind in Findelpflege geben wollen, als Gegenleistung einen viermonatlichen Ammendienst im Findelhaus aufgelegt; während desselben stillen sie gleichzeitig ihr eigenes gesundes und ein krankes Kind (Wien), oder nur ein krankes Kind (auch das eigene nur, falls es krank ist) [Prag]. Aehnlich ist die Einrichtung in dem Wöchnerinnen-Asyl von Kopenhagen [9] (p. 196).

Ein Fortschritt in der Anstaltspflege der Säuglinge läßt sich erreichen, wenn man mit den Kindern ihre Mütter aufnimmt und den ersteren dadurch die Mutterbrust verschafft. Eine Andeutung dieses Prinzips sahen wir eben schon im Wiener Findelhaus, welches freilich behufs Ammung der kranken Säuglinge immer nur einen kleinen Teil der in der Gebäranstalt entbundenen Frauen samt deren Kinder in die Anstalt übernimmt (1000—1200 von 9000 Wöchnerinnen). In Moskau können die unehelichen Mütter mit ihren Kindern in das Findelhaus eintreten und sie während des sechswöchentlichen Aufenthalts im Hause säugen; sie erhalten dafür den gleichen Lohn wie die

Hausammen. Im allgemeinen findet sich aber die Aufnahme von Mutter und Kind weniger in den Findelanstalten als in solchen Anstalten durchgeführt, deren Zweck es im Gegensatz zu den ersteren ist, die Beziehungen zwischen Mutter und Kind zum Vorteile beider zu befestigen. Diese Anstalten, gewöhnlich durch private Wohlthätigkeit und auf konfessioneller Grundlage begründet, haben vielfach nur geringe Ausdehnung.

In London nehmen die Homes of Hope u. a. junge Mütter mit ihren ersten Kindern (von 1860—1892 1222), sowie Ledigschwangere auf. In New York hat das Foundling Hospital eine besondere Abteilung, in welcher, abgesehen von den Zimmern für zahlende Wöchnerinnen, gegen eine geringe Entschädigung auch Unverheiratete aufgenommen und entbunden werden — unter der Bedingung, mindestens 3 Monate in der Anstalt das eigene Kind zu stillen. Außerdem können in das Hospital bedürftige und unterkunftslose Frauen und zum erstenmal gefallene Mädchen mit ihren Kindern, unter der Voraussetzung, daß sie dieselben stillen, eintreten.

In Budapest nimmt der Verein vom weißen Kreuz ledige Mütter mit ihren Kindern nach der Entlassung aus den Gebäranstalten der Universität und der Hospitäler in sein Wöchnerinnenheim auf und verpflegt sie, bis die Mütter zu Kräften gekommen sind und sich als Ammen oder Dienstboten verdingen können. Die Kinder werden bei erprobten Pflegeeltern auf dem Lande untergebracht und unter Aufsicht behalten. Jährlich werden 400 Mütter mit Kindern aufgenommen und 8—10000 fl. verausgabt [10].

In den Niederlanden nimmt das Magdalena-Huis Ledigschwangere auf (die nicht prostituiert sind) und verpflegt sie 6 Monate nach der Niederkunft. Das Kind kann in der Anstalt nach dem Austritt der Mutter bleiben. In ähnlicher Weise wirkt die „Vereinigung tot Redding van Gevallenen“ in „Beth-Palet (Huis van Outkoming)“ (gegründet 1880); sie verpflegte vom 1. April 1890 bis 31. März 1893 97 Mädchen meist mit deren Kindern.

In der Schweiz gründete der Züricher Frauenbund zur Hebung der Sittlichkeit 1890 ein Versorgungsheim für erstgefallene Mädchen, in dem er Ledigschwangere 6 Wochen vor der Entbindung aufnimmt und noch nach der Entbindung 6 Wochen behält, während welcher Zeit die Kinder, soweit möglich, von den Müttern gestillt werden. Nach dem Austritt der Mütter können die Kinder gegen Erlegung eines Kostgeldes in der Anstalt bleiben. In den Jahren 1890—92 wurden 46 Mädchen mit 48 Kindern verpflegt. Aehnliche Anstalten sind die „Miséricorde“ in Genf und die Anstalt des Frl. Tièche in Bern.

In Deutschland giebt es folgende Anstalten: Bonner Versorgungshaus des Frl. Lungstras (im Jahre 1890 139 Mütter und 100 Kinder), Christliches Versorgungshaus in Colmar (28 Mütter, 19 Kinder in den Jahren 1892—93), Versorgungshaus der Frau Pfarrer Schüler-Ankersmit in Marburg (129 Mütter und 133 Kinder in den 4 Jahren 1888—1891), Kinderheim des Evangel.-luther. Vereins für innere Mission in Leipzig (45 Mütter und 35 Kinder im Jahre 1892), Luisenhof in Eppendorf bei Hamburg (45 Mütter und 35 Kinder in den 2 Jahren 1891 und 1892), Wohlgemeinte Stiftung in Dresden (unter Verwaltung des Rates der Stadt Dresden; 17 Mütter und 34 Kinder im Jahre 1891) und schließlich

in Berlin: Heimstätte (Sandstr. 19, Ende 1893 Bestand 27 Mütter und 23 Kinder) und Beth Elim (Weißensee, Oktober 1891—92, 48 Mütter, 50 Kinder). Die deutschen Anstalten sind ebenso wie ein Teil der ausländischen nach dem Vorbilde der Bonner Anstalt begründet; die Dauer, während der Mutter und Kind vereinigt bleiben, beträgt zwischen wenigen Wochen und 6 Monaten, selten noch darüber hinaus.

Ohne moralisierende Tendenz, sondern nur auf Grund humanitärer und hygienischer Erwägungen ist im Jahre 1879 das Kaiserliche Kinderheim zu Gräbschen-Breslau gegründet, „um hilflosen, aber gesunden Neugeborenen und Säuglingen mit ihren in Notlage befindlichen und noch arbeitsunfähigen Brustmüttern ohne Unterschied der Religion zeitweilig Unterkunft und angemessene Wartung und Pflege zu gewähren". (§ 1 des revidierten Statuts)[11]. Es werden hier also nur Säuglinge, die an der Mutterbrust sind, verpflegt und nur so lange und so weit, als sie nicht ernstlich krank sind. Sie kommen gewöhnlich in einem Alter von 7—14 Tagen aus den öffentlichen Gebäranstalten und werden nach durchschnittlich 3—4 Wochen schon wieder entlassen. Es handelt sich meist um ledige Mütter (im Jahre 1893 waren unter 87 nur 2 verheiratet). In 12 Jahren (1882—1893) sind 733 Mütter und 766 Kinder in Gräbschen mit 24760 bezw. 26163 Verpflegungstagen verpflegt. Die Kosten stellten sich im Jahre 1893 pro Kopf und Tag auf 58 Pfennige.

Wenngleich durch die natürliche Ernährung der Kinder in der Anstaltspflege bedeutend bessere Erfolge erzielt werden als bei künstlicher Auffütterung, so erwachsen trotzdem aus dem engen Zusammenleben der kindlichen Gesundheit Gefahren, welche nicht zu unterschätzen sind. Es giebt eine Reihe von Krankheiten, welche dauernd in den Anstalten nisten oder sie anfallsweise, besonders zu bestimmten Jahreszeiten heimsuchen — und zwar um so schlimmer, je weniger die vorhandenen Räume den hygienischen Ansprüchen nach Größe, Ventilierbarkeit und Sauberkeit entsprechen. Die Blutvergiftungen und Eiterungsfieber (Pyämie), welche früher die Findlinge decimierten, haben zwar überall — dank der neueren Kenntnis ihrer Ursachen — beträchtlich abgenommen, aber es liegen aus den größten und bestgeleiteten Findelhäusern zahlreiche Mitteilungen vor, welche beweisen, daß man bis zum heutigen Tage nur mit mäßigem Erfolge gegen das endemische Auftreten von Lungenentzündungen, Soor, Diphtherie, Angenentzündungen und Darmkatarrhen ankämpft[12].

Siehe über den Soor in italienischen Findelhäusern: Berti[12]; über winterliche Darmkatarrhe in Prag: Epstein[19]; über Bronchopneumonien und Darmkatarrh: Sevestre[20]; über Diphtherie: Hutinel[21] und Schlichter[22]; über septische Krankheiten und Pneumonien in Moskau: Miller[23].

Derartigen ungünstigen Verhältnissen müssen die Findlinge um so leichter erliegen, als ihr durchschnittlicher Gesundheitszustand von vornherein kein günstiger zu sein pflegt. Für Prag bemerkt Epstein[13]: „Weit über zwei Dritteile der in der Anstalt verstorbenen Kinder betreffen solche, deren körperliche Entwickelung unter dem durchschnittlichen Mittel des Körpergewichtes zurückgeblieben ist, und schon bei oberflächlicher Beobachtung fällt bei den eingebrachten Kindern die

relativ große Zahl frühreif und schwach geborener Kinder auf." Schon bei der Aufnahme waren von den Moskauer Findlingen 20 Proz. krank, außerdem 8 Proz. syphilitisch, 30 Proz. wogen unter 3000 g, 5 Proz. litten an angeborener Lebensschwäche und 4 Proz. waren Frühgeburten[7]. Dementsprechend ist auch jetzt noch die Sterblichkeit eine große, sobald man die Kinder auch nur wenige Wochen im Hause behält, zumal wenn Ammenmangel oder vorübergehende stärkere Anhäufung von Kindern nicht zu vermeiden ist; in Moskau sterben von den Findlingen in der Anstalt selbst 22—43 Proz. Bei den Kindern, die mit dem Leben davonkommen, darf man — besonders wenn sie künstlich ernährt werden — häufig Zeichen konstitutioneller Erkrankung, vor Allem schwere Rachitis erwarten; selbst die kleinen deutschen Versorgungshäuser zeigen in dieser Richtung oft Unerfreuliches, und zwar zum Teil dadurch, daß hier die hygienische Seite gegenüber dem Zwecke sittlicher Hebung der Mutter in den Hintergrund tritt.

Es ist möglich, daß die Fortschritte der Gesundheitslehre es einmal ermöglichen werden, Säuglinge in geschlossenen Anstalten vorteilhaft zu verpflegen, und es ist nicht zu verkennen, daß ein Teil der schlechten Resultate, die bis zum heutigen Tage zu verzeichnen sind, als Erbschaft früherer Zeiten zu betrachten ist; die Findelanstalten sind zum Teil noch alte kasernenartige Gebäude und entbehren derjenigen Fülle von Licht, Luft und Sauberkeit, die heute als notwendig erkannt ist. Aber man könnte überhaupt darauf verzichten, mit der geschlossenen Anstaltspflege der Säuglinge weitere Versuche zu machen, da sich die offene Pflege in mehr als einer Richtung besser bewährt hat. Das Findelhaus dient deshalb schon jetzt für die Findlinge meist nur noch als lieu de passage; sie werden hier aufgenommen und von hier aus so schnell als möglich weitergegeben, beim Pflegewechsel oder bei der Abgabe kommen sie unter Umständen noch einmal in das Haus zurück. In Bukarest fürchtet man so sehr den Aufenthalt im Findelhaus, daß man die aufgefundenen Kinder unmittelbar in Außenpflege giebt und sie nur, wenn sie nachts aufgefunden werden, bis zum nächsten Tage in der Anstalt behält[1].

Den Findelhäusern ist infolgedessen, wenn wir zunächst von der Verpflegung anderer Klassen von Kindern absehen, wesentlich die Aufgabe geblieben, kranke Findelkinder zu verpflegen. Die Schwierigkeit einer Anstaltspflege läßt sich hier besser als irgendwo anders überwinden, indem man leichter in der Lage ist, ihnen sowohl die Frauenbrust zu verschaffen, wie auch diejenige besondere Fürsorge in Pflege und Behandlung zuzuwenden, deren sie bedürfen. Einzelne Findelhäuser nehmen infolgedessen zur Behandlung selbst kranke Säuglinge auf, die nicht in Findelhauspflege stehen (Brüssel). Wir kommen hierauf gelegentlich der Anstaltspflege kranker Säuglinge zurück.

β) Pflege von Kindern im Alter von 2—5 Jahren.

Sobald die Kinder über das Säuglingsalter hinaus sind, tritt die unmittelbare Lebensgefährdung durch die Anstaltspflege mehr in den Hintergrund, ohne daß freilich darum die letztere im allgemeinen für naturgemäß und gesundheitsförderlich zu betrachten ist. Es soll nicht geleugnet werden, daß in besonderen Fällen schon Kinder im Alter von 2—5 Jahren in Anstalten gut gedeihen können. Hierzu müssen

aber besonders günstige Umstände zusammentreffen, wie dies z. B. im Baby Castle in der Grafschaft Kent der Fall ist:

Dies Kinderheim, welches zu den später zu erwähnenden Barnardo's Homes gehört, liegt in hübscher und gesunder Lage frei auf dem Lande. Die Baulichkeiten sind zweckmäßig, die Pflege der Kinder in jeder Hinsicht vorzüglich; geschulte Wärterinnen, eine Kindergärtnerin und eine Aerztin bilden das Personal. Trotz seiner isolierten Lage konnte aber auch diese Anstalt im Jahre 1893 nicht einer Endemie von infektiöser Augenentzündung, von Influenza und von Windpocken entgehen. 174 Kinder wurden im Jahre 1893 verpflegt (mit nur 3 Todesfällen); Bestand am 31. Dezember 1893: 62 Kinder.

Von solchen Ausnahmen abgesehen, bietet der Anblick von jüngeren Kindern in geschlossenen Anstalten im allgemeinen nichts Erfreuliches. Die Kinder, oft schwer rachitisch und skrofulös, müssen viel zu früh eine schulmäßige Ordnung aufrecht halten, sitzen auf unzureichenden Subsellien, und ihr Gedächtnis wird womöglich mit unverstandenen religiösen Liedern und Katechismen belastet — kurz, es zeigt sich zuweilen ein bedauerlicher Mangel in der Bethätigung ärztlicher und erzieherischer Kenntnisse.

Es soll auf die Forderungen hier nicht genauer eingegangen werden, welche für die Anstaltspflege von Kindern des 2.—5. Lebensjahres zu stellen sind, da sie grundsätzlich — mag sie nun in besonderen Anstalten oder gemeinsam mit größeren Kindern stattfinden — nicht zu empfehlen ist und sich thatsächlich nur selten vorfindet.

Es giebt z. B. in Dänemark eine Reihe von Kinderheimen („Börnehjemmet"), welche Säuglinge und Kinder von 2—7 Jahren geschlossen verpflegen. In Deutschland erwähnen wir die Krippe des lutherischen Hilfsvereins in Nürnberg, welche gegen Entgelt Tag und Nacht Säuglinge und Kinder bis zum schulpflichtigen Alter verpflegt und in organischem Zusammenhange mit einer Pflegeanstalt für schulpflichtige Kinder, einer Haushaltungsschule für konfirmierte Mädchen u. s. f. steht. Auch finden sich in manchen Waisenhäusern Abteilungen für kleinere Kinder.

γ) Waisenanstalten.

Die Anstaltspflege von Kindern, welche wenigstens das 6. Lebensjahr vollendet haben, ist hingegen noch sehr häufig. Die Waisenhäuser im eigentlichen Wortsinne — hygienisch gleichwertig zu erachten sind alle geschlossenen Erziehungsanstalten — haben die vollkommene Verpflegung und Erziehung von elternlosen Waisen und in wechselnder Ausdehnung auch ihre Berufsvorbereitung zum ausschließlichen Zwecke, und nur in seltenen Fällen übernehmen sie nicht die ganze Aufgabe, insofern sie die Anstaltskinder zum Unterrichte in die öffentlichen Schulen schicken. Zu den eigentlichen Waisen treten auch vielfach andere hilflose, z. B. verlassene Kinder, und in manchen Fällen erfolgt hier auch die Unterbringung von nur vorübergehend hilflosen Kindern.

Was das Alter der Kinder betrifft, so dürfte sich meist die Waisenhauspflege ungefähr auf das schulpflichtige Alter beschränken und sich nur

zuweilen noch bis zum 18.—20. Jahre hinziehen. Wenn die Anstalt die Verpflichtnng hat, von seiner Geburt an dauernd für das Kind zu sorgen, wird sie daher im allgemeinen das Kind bis zum schulpflichtigen Alter in Privatpflege unterbringen (wie es z. B. im Londoner Foundling Asylum geschieht); andererseits pflegt sie sich auch noch nach der Entlassung um das Kind zu bekümmern. Die Geschlechter werden in den Waisenanstalten räumlich getrennt gehalten, oder es werden besser in das Waisenhaus überhaupt nur Kinder gleichen Geschlechts aufgenommen.

Je nach der besonderen Veranlassung zur Errichtung eines Waisenhauses und der besonderen Absicht, welche den Stifter erfüllte, ist das Alter und die Herkunft der Waisen eine sehr verschiedene, wechseln die Bedingungen der Aufnahme und die Lebenshaltung in der Anstalt, und hat die erzieherische Richtung und die Berufsvorbildung ihren besonderen Anstrich. Wir können die Mannigfaltigkeit dieser Verhältnisse hier nicht schildern und beschränken uns auf die Bemerkung, daß nur allzu oft in bedauerlicher Weise der Beruf, zu dem die Kinder ausgebildet werden — z. B. in den Militärwaisenhäusern — oder der Gesichtspunkt, aus dem die Verwaltung erfolgt — vor allem der orthodox-kirchliche — dahin wirkt, in die Erziehung Momente zu bringen, welche ihr naturgemäß vollkommen fern bleiben sollten.

Wenn das Waisenhaus die schwierige Aufgabe hat, dem Kinde die Familie zu ersetzen, so ist diese Aufgabe, soweit sie überhaupt unter diesen Verhältnissen zu lösen ist, um so schwerer zu erfüllen, je mehr das Aufsichts- nnd Erziehungspersonal im Mißverhältnis zu der Zahl der Kinder steht, und je weniger sich durch die räumliche Anhäufung von Kindern eines bestimmten Geschlechtes und Alters familienähnliche Beziehungen entwickeln können. Diesem in die Augen springenden äußeren Mißstand suchen verschiedene Systeme abzuhelfen.

In England finden sich noch jetzt alle Systeme geschlossener Kinderverpflegung nebeneinander: es werden die Kinder der Armenverwaltung in besonderen Räumen der Workhouses verpflegt, unter Umständen besuchen sie von hier aus die National- oder Board-Schools; oder es erfolgt die gesamte Erziehung in besonderen Anstalten, den District-Schools oder den auf eine kleinere Anzahl von Pfleglingen eingerichteten Separate Unions oder Parochial-Schools. Bei dem Mettray- oder Cottage-System sind in ländlichen Bezirken kleinere Häuser, Cottages, errichtet, die von je einer Arbeiterfamilie bewohnt werden; hier wachsen die Kinder in der Familie auf und lernen das Handwerk des Pflegevaters; sie besuchen die central gelegene Schule (Aschrott[2]). Das letztere System bewährt sich am meisten, ist aber am kostspieligsten.

Der erziehliche Vorteil deckt sich bei dem letzteren System durchaus mit der Forderung der Gesundheitspflege. In geschlossenen Anstalten sucht man es in der Weise zur Durchführung zu bringen, daß man kleine Gruppen von Kindern unter einem Erzieher in je einem Hause unterbringt, wobei entweder Kinder des gleichen Alters oder besser Kinder verschiedener Altersstufen zu einer Familie vereinigt werden. Bei diesem Zerstreuungssystem kann man der Forderung von Licht und Luft in den Anstaltsräumen und von ausgedehnten freien Anlagen am besten gerecht werden. Es ist aber auf eine reichliche Erfüllung aller Forderungen, welche sich für die Gesundheitspflege der Kinder ergeben, in Waisenanstalten das größte Gewicht zu legen.

Die schädigenden Einflüsse unzweckmäßiger Massenverpflegung machen sich besonders leicht bei einem Kindermaterial geltend, welches vor dem Eintritt nicht nur in besonders ungünstigen äußeren Verhältnissen gelebt hat, sondern auch besonders häufig körperlich schwer belastet ist. Gerade die Skrofulose und Tuberkulose — nach unserer Ansicht nur gradweise verschiedene Krankheiten — sind bei Kindern, die ihre Eltern frühzeitig verloren haben, infolge von äußerer, seltener infolge von erblicher Uebertragung, ungemein häufig, und gerade diese Krankheiten sind es, die bei ungünstigen äußeren Verhältnissen ebenso sicher zum Ausbruch kommen, als die noch schlummernden Keime derselben durch sorgfältige Pflege unschädlich gemacht werden können. Z. B. hatten von 613 Kindern des Waisenhauses der Stadt München 43,59 Proz. Vater oder Mutter, 6,86 Proz. Vater und Mutter an Tuberkulose verloren, und trotzdem kam bei ihnen infolge der guten Einrichtungen des Waisenhauses im Verlauf von 12 Jahren kein Fall von Tuberkulose zum Ausbruch [14]. Aus diesen Erwägungen ist auf reichlichen Luftgenuß, auf eine reichliche Ernährung sowie auf Hautpflege und Abhärtung (durch Bäder) der größte Nachdruck zu legen.

Die Anlage von Waisenhäusern bestimmt sich z. T. schon durch den angedeuteten Gesichtspunkt der Zerstreuung. Soll jede Anhäufung in größeren Gebäuden aus gesundheitlichen und erzieherischen Gründen vermieden werden, so ist in der Regel ein Terrain erforderlich, wie es im Herzen großer Städte nicht zu beschaffen ist. Die Verlegung der Waisenhäuser in die Vororte oder auf das Land ist aber auch dadurch geboten, daß sich nur hier die Möglichkeit freier Bewegung und ausgedehnter landwirtschaftlicher Beschäftigung bietet. Schließlich wäre zu gunsten einer ländlichen Lage anzuführen, daß sich hier der Verkehr mit der Außenwelt leichter begrenzen und überwachen und somit das Eindringen schlechter Einflüsse und ansteckender Krankheiten leichter vermeiden läßt. Auf die bauliche Einrichtung, Heizung, Ventilation und Beleuchtung von Waisenhäusern ist hier nicht genauer einzugehen; sie wird durch die schon angedeuteten Gesichtspunkte bestimmt. (Vergl. auch Bd. IV u. Bd. VII Abtlg. 1 d. Handb.)

Sehr wertvolle und eingehende Vorschriften enthält die Entschließung des Kgl. bayrischen Staatsministeriums für Kirchen- und Schulangelegenheiten vom 12. Februar 1878, die Einrichtung der öffentlichen und privaten Erziehungsanstalten mit besonderer Rücksicht auf die Gesundheitspflege betreffend (Wiener [15] p. 273).

Die Waisen- und Findelhäuser entsprechen oft nicht genügend den Anforderungen der Gesundheitspflege. Aber hiervon abgesehen, werden ihnen in steigendem Maße Vorwürfe gemacht, welche das Prinzip der geschlossenen Kinderpflege als solches betreffen (Aschrott [3], Lammers [16], Ohly [24], Born [25].

Brückner [17] (p. 14 ff.) faßt die Vorwürfe gegen die Anstaltserziehung in folgender Weise zusammen:

„1) Sie gestattet nicht, die Individualität der einzelnen Kinder genügend zu berücksichtigen; besonders wenn viele in derselben Anstalt vereinigt sind, bedarf es einer so äußerlichen und strengen Ordnung und Zucht, daß ein Eingehen auf die Bedürfnisse und die Neigungen des einzelnen gänzlich ausgeschlossen ist. Das Kind bekommt in der Anstalt

niemals die Empfindung sorgloser Freiheit, welche doch sonst gerade die Kindheit zum schönsten Lebensalter macht. Im Gegenteil, es fühlt sich immer unter einem Zwang, bei dem es ihm oft schwer ist, eine liebevolle Behandlung noch durchzumerken;

2) kommt in Betracht, daß in den Anstalten gar leicht einzelne schlechte Elemente ungesunde Gedanken und Handlungen den übrigen mitteilen;

3) aber, und das spricht am meisten gegen die Anstaltserziehung, ist sie durchaus ungeeignet, die Zöglinge mit den Bedürfnissen des Lebens bekannt zu machen. Wir haben es ja mit lauter Kindern zu thun, die in ihrem späteren Leben gewiß Mühe, Arbeit und Sorge finden werden, denen insbesondere der Kampf um das tägliche Brot fast unausgesetzt vor Augen stehen wird. Gerade darauf bereitet sie die Anstalt nicht vor; hier hört ein Kind nie die Frage, wovon wollen wir morgen leben, hier erfährt es nichts von den Sorgen des Alltagsdaseins. Immer ist der Tisch um die bestimmte Stunde gedeckt. Der Gedanke, daß es einmal anders sein wird, kann solchem Kind nicht kommen. Man hat daher die Erfahrung gemacht, daß in Anstalten erzogene Kinder sich außerordentlich viel schwerer ins spätere Leben eingewöhnen, ja man will sogar beobachtet haben, daß sie sehr viel häufiger als andere den Kampf gegen die Widrigkeiten des Daseins aufgeben und sich dem Verbrechen und dem Laster in die Arme werfen."

In der That sind diese Nachteile der geschlossenen Pflege, die besonders stark bei der Erziehung von Mädchen hervortreten, schwerwiegend genug, um die geschlossene Pflege allmählich immer mehr gegenüber der offenen Pflege zurücktreten zu lassen. Man glaubte früher, nicht leicht geeignete Pflegeeltern finden zu können, und fürchtete, daß diese nur durch die Spekulation auf die Ausnutzung der kindlichen Arbeitskraft zur Uebernahme des Kindes veranlaßt würden. Diese oft mit großer Entschiedenheit vorgetragene Ansicht trifft jedoch nur so weit zu, als das Pflegeverhältnis nicht sachgemäß hergestellt ist. Aber trotz der Vorzüge der Familienpflege hätte sich der Uebergang zu derselben wohl nicht so schnell und allgemein vollzogen, wenn nicht auch der Kostenpunkt zu ihren Gunsten spräche. Eine gute Familienpflege stellt sich im allgemeinen 2—3 mal so billig als eine entsprechende Anstaltspflege.

Hiernach sind es nur besondere Verhältnisse, welche eine Anstaltspflege nötig erscheinen lassen. Für verkrüppelte, sieche oder andauernd kränkliche, noch mehr für blinde, taubstumme und idiotische Kinder läßt sich infolge der Schwierigkeit, eine Außenpflege für sie zu finden und ihnen hier die geeignete Ausbildung und Verpflegung zu gewähren, die Anstaltspflege oft nicht umgehen. Freilich dürfte sich auch hier noch zuweilen eine gute Familienpflege ermöglichen, wenn den Pflegeeltern ein den höheren Anforderungen entsprechend vermehrtes Pflegegeld geleistet wird. Soweit in der That keine Familienpflege mehr durchführbar ist, sind solche Kinder nicht in Waisenhäusern, sondern in Krankenanstalten oder in besonderen, der Art des Leidens entsprechenden Anstalten (s. später) unterzubringen. Ferner erscheint für Kinder mit moralischen Defekten die Anstaltspflege angezeigt; hierauf werden wir gelegentlich der Besprechung der Verwahrlosung genauer eingehen, bemerken aber auch hier schon, daß es oft genügt, die ge-

schlossene Pflege nur vorübergehend — als Vorbereitung für die offene Pflege — eintreten zu lassen.

δ) Kinderasyle.

Schließlich bleibt noch eine Klasse von Kindern, bei denen die Zweckmäßigkeit einer Anstaltspflege kaum zu bestreiten ist. Es sind dies die nur vorübergehend der öffentlichen Fürsorge anheimfallenden Kinder. Aber ebensowenig wie solche Kinder in fremden Familien vorübergehend zu verpflegen sind, sollten sie — in Rücksicht auf die Gefahr moralischer und körperlicher Ansteckung — auch nur vorübergehend mit den Pfleglingen einer geschlossenen Anstalt in Berührung gebracht werden. Hingegen ist die Verpflegung vorübergehend hilfloser Kinder in besonderen Abteilungen geschlossener Anstalten oder auch in besonderen Anstalten durchaus zu empfehlen; ein örtlicher Zusammenhang mit der Centralleitung der Waisenverwaltung — wie er z. B. in Berlin besteht — erleichtert die Aufnahme der Kinder und die weitere Verfügung über sie.

Vorübergehende Hilflosigkeit kommt am häufigsten vor infolge Verhaftung oder Erkrankung der Eltern, sowie dadurch, daß sich die Eltern von den Kindern oder umgekehrt diese von jenen entfernt haben *). Außerdem käme hier die große Zahl derjenigen Kinder in Betracht, welche in Außenpflege untergebracht werden sollen oder aus ihr behufs Entlassung oder Wechsels der Pflege zurückkommen und daher vorläufig unterkunftslos sind. Der Herkunft und dem Alter nach pflegen die vorübergehend unterkunftslosen Kinder bunt zusammengewürfelt zu sein, und ihre zweckmäßige Verpflegung hat um so größere Schwierigkeit, als nur in größeren Städten ihre Zahl dauernd genügend groß ist, um für sie entsprechende Einrichtungen mit größeren Opfern herzustellen.

Die obdachlosen Kinder pflegen aus den elendesten Verhältnissen zu kommen: sie haben gleich nach dem Eintritt vor allem ein Bad [26] und einen Wechsel der Kleidung nötig. Alsdann wäre festzustellen, ob sie an einer ansteckenden Krankheit leiden (einschließlich der Krätze und Läusesucht), welche die übrigen Kinder bedrohen könnte. Bei dem Mangel an jeder Auskunft kann dies besonders für nicht fieberhafte Krankheiten, wie den Keuchhusten, seine Schwierigkeit haben; für jede fieberhafte Krankheit kann das Einlegen des Thermometers schnell die Frage entscheiden. Um sicher zu gehen, sollte jedes eintretende Kind zunächst eine Quarantäne durchmachen. Dieselbe sollte eine 14-tägige Dauer haben; sind die Schwierigkeiten ihrer Durchführung sehr große, so ist jedenfalls eine sehr sorgfältige ärztliche Kontrolle des Kindes (unter Zuhilfenahme des Thermometers) während der gleichen Zeit unerläßlich. Hiernach wäre es in die gemeinsamen Räume zu überführen, welche für kleine Kinder, größere Mädchen und größere Knaben getrennt vorhanden sein müssen; jede dieser Abteilungen muß ihre Tages- und Schlafräume haben; hierzu käme für die größeren Kinder ein gemeinsames Eßzimmer. Eine tägliche Untersuchung durch den Arzt ist gerade in einem Kinderobdach von großer Wichtigkeit, und zwar nicht nur, um dem Ausbruch ansteckender Krankheiten rechtzeitig vorzu-

*) Sind ganze Familien unterkunftslos, so werden die Kinder bei der Gewährung des Obdachs am besten mit den Eltern vereinigt bleiben.

beugen, sondern auch um schon vorhandene Krankheitszustände sofort in Rücksicht zu ziehen. Gerade bei den obdachlosen Kindern findet der Arzt reichliche Beschäftigung. Kleinigkeiten können nebenher behandelt werden, bedeutendere Affektionen sind in einem besonderen Krankenraum zu behandeln oder noch besser dem Krankenhaus zu überweisen. Wenn die Verpflegung und Beaufsichtigung der Kinder durch ein Ehepaar geschieht, so sollte die Hausmutter jedenfalls die Bildung einer Krankenwärterin besitzen; bei einem Kinderobdach größeren Maßstabes sind natürlich in Kinderhygiene, Diätetik und Pflege geschulte Wärterinnen nicht zu entbehren. Es ist zwar unter allen Umständen darauf hinzuwirken, daß der Aufenthalt im Kinderobdach ein möglichst kurzer sei, weil die Kinder nur in geregelten und festen Verhältnissen gedeihen können; sollte sich aber trotzdem der Aufenthalt der Kinder verlängern, so ist für zweckmäßige Beschäftigung und entsprechende Belehrung Sorge zu tragen.

So einleuchtend die Berechtigung dieser Anforderungen sein dürfte, so wenig findet man sie selbst in großen und gut verwalteten Städten regelmäßig erfüllt. Die Fortschritte in der Kinderpflege dringen nur selten bis in die Kinderstube des Asyls, und die Sparsamkeit giebt hier mehr als billig den Ausschlag.

Als Muster eines Kinderobdachs liesse sich das Kinder-Dépôt im Pariser Findelhaus hinstellen, in welchem im Jahre 1892 9703 Kinder verpflegt wurden [18]; durch den örtlichen Zusammenhang mit der Centralverwaltung und mit den Krankenabteilungen ist eine sachgemäße und schnelle Verteilung der Kinder gesichert; die längere Zeit verbleibenden — zu denen auch straffällige Kinder gehören, welche nur bedingungsweise in Freiheit verbleiben — besuchen die Kommunalschulen und erhalten im Hause Unterweisung in Handarbeit.

Im St. Johannes-Stiftelsen zu Kopenhagen befindet sich u. a. auch ein Asyl mit Platz für 128 solcher Kinder, für welche die Armenverwaltung nur vorübergehend zu sorgen hat („Optagelsesanstalten"). Die Kinder verbleiben hier, bis die Eltern sie zurücknehmen können, oder bis diejenigen, deren Eltern tot oder sonst verhindert sind, weiter geschickt werden können. Es sind vorhanden Wohn- und Schlafräume; Säuglings- und Krankenzimmer; Schul- und Lesezimmer, Bäder, Spielplätze (für jedes Geschlecht). Bestand i. Januar 1889: 43 Knaben, 35 Mädchen; Zugang 1889: 323 Knaben, 296 Mädchen; Abgang: 303 Knaben, 276 Mädchen [9].

Eine moderne Form der geschlossenen Waisenpflege wäre hier noch anzudeuten — bei der Erziehung der verwahrlosten Kinder kommen wir auf sie zurück — welche nur für Knaben in vorgeschrittenem Alter von genügend körperlicher Entwickelung anwendbar ist: wir meinen die Erziehung in Ackerbaukolonien und auf Schulschiffen (Training-ship). Für einen guten Erfolg dürfte im allgemeinen Voraussetzung sein, daß die Waisenkinder aus Kreisen entnommen sind, die an Ackerbau bez. Seeleben gewöhnt sind.

1) *Congr. international de l'assistance, Paris* 1889.
2) **P. F. Aschrott**, *Das englische Armenwesen etc., Leipzig* 1886.
3) *Congr. int. de la protection de l'enfance* 1. *Bd., Paris* 1885.
4) **Drouineau**, *De l'assistance au filles-mères, Paris* 1878.
5) *Statist. della Assistenza dell' Infancia abbandonata, Anni* 1890/91/92, *Roma* 1894.

6) J. P. Frank, *System einer vollständ. medizin. Polizey, Mannheim* 1779.
7) *Aperçu général de la Maison impériale des Enfants-Trouvés à Moscou, Moscou* 1898.
8) Miller, *Jahrb. f. Kinderheilkunde N. F.* 37. *Bd.* (1894).
9) *Denmark. its medical organisation, hygiene and demography, Copenhagen* 1891.
10) *Pester Lloyd* (1893).
11) *Jahresber. über die Thätigkeit des Kaiserl. Kinderheims zu Gräbschen-Breslau f. d. J.* 1888 *u. folgende von Prof. Dr.* Soltmann.
12) Giovanni Berti, *Ref. im Jahrb. f. Kinderh. N. F.* (1888) 27. *Bd.* 398, *sowie: Atti del I. Congr. pediatr. ital. Roma* 1890, *Napoli* 1891.
13) Epstein, *Studien zur Frage der Findelanstalten etc., Prag* 1882.
14) Bollinger, *Münch. med. Wochenschr.* (1888) *No.* 29 *u.* 30, *und* Stich, *Arch. f. klin. Med.* (1888) 42. *Bd.*
15) Wiener, *Handb. d. Medizinalgesetzgeb.* 2. *Bd.* 2. *Hft., Stuttgart* 1886.
16) Lammers, *Oeffentl. Kinderfürsorge, Berlin* 1885.
17) Brückner, *Die öffentl. und private Fürsorge* 1. *Heft, Frankfurt* 1892.
18) *Service des Enfants-Assistés de la Seine, Section de* 1892 (1893).
19) Epstein, *Prag. med. Woch.* (1881).
20) Sevestre, *Études de clinique infantile, Publications du Progrès médical, Paris* 1889.
21) Hutinel, *La diphthérie aux Enfants-Assistés de Paris, Rev. mensuelle des maladies de l'enfance* (1894) *Oct.*
22) Schlichter, *Arch. f. Kdhlk.* 14. *Bd.* (1892).
23) Miller, *Jahrb. f. Kind. N. F.* 28. *Bd.* (1888) *und N. F.* 37. *Bd.* (1894)
24) Ohly, *Fürsorge f. Kinder, V. Kongr. d. D. Ver. f. Armenpflege u. Wohlthätigk. in Weimar* 1888 (*No. IV der Drucksachen*).
25) Born, *Ueber den Wert allgem. Waisenanstalten, Schr. d. Deutsch. Ver. f. Armenpfl. und Wohlthätigk.* 4. *Heft, Leipzig* 1887.
26) *Vergl. über Bäder in dies. Hdbch.* 4. *Bd.* (Nussbaum, *Hausbäder*), 6. *Bd.* (Schultze, *Volksbäder*, Knauff *und* Weyl, *Asyle*), 7. *Bd.* (Burgerstein, *Schulbäder*).

2. Offene Pflege.

Die offene oder Familienpflege erfolgt bei Fremden oder bei den Angehörigen.

Die Verpflegung durch Fremde findet in der Regel gegen Entgelt statt, und zwar meist auf Veranlassung derjenigen behördlichen oder privaten Partei, der gesetzlich die Fürsorge für das Kind zufällt, seltener auf Veranlassung von Wohlthätigkeitsanstalten. Obgleich man die in dauernder entgeltlicher Pflege befindlichen Kinder vielfach ohne Unterschied als Halte-, Pflege-, Kost- oder Ziehkinder bezeichnet, soll hier unter Zieh- oder Haltekind ein durch die Angehörigen, also auf privatem Wege, unter Armen- oder Kostkind ein behördlich in unentgeltliche Pflege verbrachtes Kind verstanden werden.

α) Entgeltliche Pflege durch Fremde.

Während die Gründe zur behördlichen Verpflegung von Kindern nicht noch einmal besprochen zu werden brauchen, wäre die Veranlassung zur Haltepflege hier noch zu erwähnen. Dieselbe liegt meist in der Unmöglichkeit einer geeigneten Pflege im Hause der Eltern; enge Wohnungsverhältnisse, fehlende Möglichkeit einer geeigneten Ernährung, Abwesenheit der zur Pflege geeigneten Personen, besonders der Mutter, kommen im allgemeinen in Betracht; bei welchem Grade dieser Faktoren die Verbringung in Pflege eintreten muß, wird aber ungemein verschieden — je nach Landessitte, Anhänglichkeit an das Kind, Höhe der Lebensbedürfnisse und dem Stand der materiellen Verhältnisse — beurteilt.

So kam in Paris schon spätestens Ende des 13. Jahrhunderts bei Reich und Arm die Sitte in Schwung, die Säuglinge auf das Land in Ammenpflege zu geben (Lallemand[23]), und bestand noch im Jahre

1874 in einem solchen Umfange (besonders bei Arbeitern, Ladenbesitzern, kleinen Handwerkern und Handelsleuten), daß mehr als die Hälfte der in Paris geborenen Kinder von ihr betroffen werden (Roussel[1]). Seither scheint übrigens die Sitte der ländlichen Ammenpflege etwas abgenommen zu haben. Im Mittel der Jahre 1887—1888 kamen auf 100 Geburten in Pflege außerhalb der Stadt in Lyon 48,55, Paris 29,27, Saint-Etienne 24,10 etc.[2]. Mit einem ganz anderen Maßstabe wird hingegen z. B. in Deutschland die Notwendigkeit entgeltlicher Pflege gemessen: nur bei vollkommener Unmöglichkeit häuslicher Pflege — wenn z. B. die Mutter gestorben ist oder gezwungen ist, außer dem Hause zu arbeiten — kommen hier eheliche Kinder in Pflege, und auch dann erstreckt sich die Pflege oft nur auf die Tagesstunden; sobald erst mehrere Kinder im Hause sind, verbietet sich gerade unter den ärmsten Verhältnissen die entgeltliche Pflege schon durch ihre hohen Kosten.

Am häufigsten kommen die unehelichen Kinder in entgeltliche Pflege bei Fremden: hier ist die Mutter gewöhnlich gezwungen, ausschließlich durch eigene Arbeit den Lebensunterhalt für sich und ihr Kind zu erwerben, und muß es deshalb zunächst durch Fremde verpflegen lassen; wenn das Kind die ersten Lebensjahre hinter sich hat, findet sich eher die Möglichkeit, es zu Hause zu behalten. Obgleich die große Masse der Haltekinder unehelich ist (unter den Berliner Haltekindern im Jahre 1891 93,5 Proz.), wird übrigens ein noch größerer Teil der unehelichen Kinder nicht in Haltepflege, sondern durch Verwandte, meist die Großmutter, mit der die Mutter oft zusammen wirtschaftet, unentgeltlich verpflegt.

Die Zahl der entgeltlich durch Fremde verpflegten Kinder ist eine außerordentlich große. Die offene Pflege, deren Anfänge sehr weit zurückreichen, hat wegen ihrer größeren Zweckmäßigkeit und Billigkeit die Anstaltspflege verhältnismäßig stark zurückgedrängt, neuerdings tritt neben ihr — einen weiteren Fortschritt anzeigend — die entgeltliche Verpflegung durch die eigenen Verwandten hervor, ohne daß diese aber — aus Gründen, die in der Veranlassung zur entgeltlichen Pflege liegen — jemals die Pflege bei Fremden wesentlich beschränken könnte (Zahlenangaben s. später).

Das Zahlenverhältnis zwischen Kost- und Haltekindern muß nach den schon angedeuteten nationalen Besonderheiten stark schwanken. Indessen ist es unmöglich, dieses Verhältnis genauer festzustellen, weil die Haltekinder nur so weit genauer bekannt sind, als sie behördlich überwacht werden (was, wie wir sehen werden, bis zu einem sehr wechselnden Alter geschieht).

Nur im Großherzogtum Hessen sind alle unter 6 Jahre alten Kinder, welche in entgeltlicher Pflege sind, genau bekannt: es waren dies z. B. im Jahre 1891 1565 Kinder; von ihnen waren 333 ehelich und 1232 unehelich. Von ihnen waren a) von ihren noch lebenden Eltern oder einem Elternteil in Pflege gegeben 164 eheliche, 1061 uneheliche; b) Waisen, durch den Vormund in Pflege gegeben 14 bez. 8; auf Kosten der Landeswaisenkasse 52 bez. 56; c) im Wege der öffentlichen Armenpflege in Pflege gegeben 103 bez. 107 Kinder[3].

Bezüglich des Lebensalters findet sich zwischen Armenkindern und Haltekindern ein wesentlicher Unterschied.

Die Armenkinder im Großherzogtum Baden verteilten sich z. B. im Jahre 1893 nach dem Alter folgendermaßen: 1. Jahr 6,3 Proz., 2. Jahr 4,7 Proz., 3.—6. Jahr 23,7 Proz., 7.—14. Jahr 62,9 Proz., über 14 Jahr 2,3 Proz. (es ist unbekannt, ob die geringe Zahl der Haltekinder eingeschlossen ist) (berechnet aus Hauser[43] p. 40 ff.); von den Armenkindern der Stadt Berlin waren (am 1. April 1893): im 1. Jahr 2,0 Proz., im 2. Jahr 3,9 Proz., im 3.—6. Jahr 15,2 Proz., im 7.—14. Jahr 71,6 Proz., über 14 Jahr 7,3 Proz. (berechnet aus dem Verwaltungsberichte [5]).

Hingegen standen von den Haltekindern in Berlin am 31. Dez. 1890 im 1. Jahr 40,8 Proz., im 2.—4. Jahr 59,2 Proz.[6]; in Breslau wurden im Jahre 1893 1519 Haltekinder verpflegt, von denen 38,4 Proz. im 1., 29,8 Proz. im 2., 18,4 Proz. im 3., 13,5 Proz. im 4. Lebensjahr standen [7].

Es stehen also die Armenkinder zu einem beträchtlichen Teil in schulpflichtigem Alter, während man bei den Haltekindern schon nach den vorhandenen Zahlen vermuten darf, daß ihre Zahl mit zunehmendem Alter abfällt. Es kommt Verwaisung nur selten bei ganz jungen Kindern vor, während die Notwendigkeit der Haltepflege — besonders in Hinblick auf die Unehelichen — gleich nach der Geburt eintritt. Von den Haltekindern stirbt außerdem ein großer Teil im 1. Lebensjahr, sodaß schon hierdurch ihre Zahl in den späteren Lebensjahren gering ist; die Ueberlebenden werden nach Ordnung der eigenen Familienverhältnisse aus der Pflege zurückgezogen oder gehen bei fortschreitendem Verfall der materiellen Verhältnisse in dauernde Armenpflege über. Auch bietet sich mit zunehmendem Alter der Kinder eher die Möglichkeit, das bis dahin in Haltepflege untergebrachte Kind selbst bei einem geringem Maße von Pflege zu Hause zu halten.

Die entgeltliche Familienpflege soll den Pflegekindern die natürlichen Pflegeverhältnisse der eigenen Familie ersetzen und ist hierzu thatsächlich auch geeignet, wenn sie eine Reihe von Bedingungen erfüllt, die jetzt zu besprechen sind. Freilich soll und kann sie hierbei nicht die ganze Mannigfaltigkeit der natürlichen bürgerlichen Verhältnisse darbieten, sondern muß sich im allgemeinen — in Rücksicht auf den Kostenpunkt — begnügen, innerhalb bescheidener Grenzen ihren Pfleglingen einen gewissen Durchschnitt an Verpflegung, Erziehung und Berufsvorbereitung zukommen zu lassen. Mögen daher auch je nach der Lebenshaltung der einzelnen Völker die Ansprüche an die entgeltliche Pflege etwas wechseln, so dürfen doch gewisse Anforderungen überall in gleicher Weise sowohl für die Halte- wie auch für die Kostpflege gestellt werden.

Vor allem bestimmen die Verhältnisse der Pflegeeltern die Güte der Pflege. Wenn das Kind in moralischen und geordneten Verhältnissen aufwachsen soll, so müssen die Pflegeeltern ein ordentliches und anständiges Leben führen; Leute, welche mit den Gesetzen in Konflikt kommen oder als roh und lasterhaft bekannt sind — das Leumundszeugnis giebt darüber Auskunft — sind daher zur Pflege ungeeignet. Ueber das bürgerliche Wohlerhalten hinaus müssen die Pflegeeltern diejenige menschen- und im besonderen kinderfreundliche Gesinnung haben, welche dem verlassenen und hilflosen Kinde einen Ersatz für verlorene oder nie genossene Elternliebe zu geben verspricht. Die Pflegemutter darf nicht durch ihren Beruf übermäßig — vor allem nicht außer dem Hause — in Anspruch genommen sein, um sich genügend der Pflege widmen zu

können. Die Pflegeeltern — vor allem die Pflegemutter — muß die Einzelheiten der Kindererziehung genügend kennen, um das körperliche Wohl des Kindes ebensowenig wie das geistige zu vernachlässigen; in dieser Hinsicht ist es gut, wenn die Pflegeeltern selbst schon Kinder gehabt haben; stehen letztere in ungefähr gleichem Alter wie das Pflegekind, so kommt dieses leicht in allem zu kurz; besser ist es daher, wenn die eigenen Kinder schon erwachsen sind. Günstig trifft es sich auch, wenn das Pflegekind die Lücke, welche nach dem Tode eines geliebten eigenen Kindes blieb, ausfüllen soll; nur ausnahmsweise wird bei einem kinderlosen Ehepaare die Stärke der Zuneigung einen Ausgleich für mangelnde Erfahrung in der Kinderpflege schaffen. Nur eine körperlich rüstige Pflegemutter kann die Kinderpflege (besonders bei jüngeren Kindern) in gleichmäßiger Weise durchführen; kranke Pflegeeltern werden nicht nur das Kind vernachlässigen, sondern unter Umständen auch ihre Krankheit auf das Kind übertragen. Alte alleinstehende Frauen (z. B. Großmütter) werden unter Umständen einen Teil dieser Nachteile vereinigen und außerdem noch dadurch schaden, daß sie zäh an alten, aber falschen Anschauungen aus der Kinderstube festhalten (Uffelmann[8]).

Bei der Pflege von Säuglingen sind an die körperliche Rüstigkeit, die Hingebung und die Intelligenz der Pflegemutter besonders hohe Anforderungen zu stellen, sodaß alle Punkte, welche in dieser Richtung Zweifel erwecken könnten, genau berücksichtigt werden müssen. Das Maß der Sorgfalt darf nicht dadurch beeinträchtigt sein, daß neben dem Pflegekinde andere eigene oder Pflegekinder in zartem Alter vorhanden sind. Die Fähigkeit, Kinder groß zu ziehen, läßt sich u. a. an den früheren Pflegeerfolgen messen.

Einen besonderen Charakter erhält die Säuglingspflege, wenn die Pflegemutter den Säugling selbst stillt. Auf die bei dem Ammenwesen in Betracht kommenden hygienischen Gesichtspunkte gehen wir am Ende dieses Abschnittes ein.

Abgesehen von der ethischen und körperlichen Befähigung zur Pflege von Kindern sind für die Güte der Verpflegung die Vermögensverhältnisse der Pflegeeltern von Wichtigkeit. Die Pflegeeltern dürfen sich nicht in einer solchen materiellen Lage befinden, daß sie einen wesentlichen Teil des Pflegegeldes für ihren eigenen Lebensunterhalt geradezu nötig haben. Man wird daher aus öffentlichen Mitteln unterstützte Personen als ungeeignet zur Pflege erachten müssen, ohne daß man sich natürlich mit diesem Kennzeichen der größten Armut begnügen dürfte; vielmehr wird man überhaupt auf eine einigermaßen behagliche Lebensführung bei den Pflegeeltern großen Wert zu legen haben.

Mit der Lebenshaltung der Pflegeeltern steht die Ernährung und Pflege, welche dem Pflegekinde zu teil wird, in engem Zusammenhang. In dem Maße, wie sie selbst Ansprüche an die Annehmlichkeiten des Lebens machen, werden sie bei einer dem Kinde wohlwollenden Gesinnung auch diesem entsprechende Vorteile zukommen lassen.

Ordnung, Reinlichkeit, Luft, Licht hat neben geeigneter Ernährung das Kind zum Gedeihen nötig. Alles dies läßt sich in dem Maße dem Kinde schwerer bieten, als die Wohnungsverhältnisse mangelhaft sind. Es ist daher auf die letzteren als wesentlichen Faktor von gesundheitlicher Bedeutung, sowie als Maßstab für die Güte der ganzen Pflege-

verhältnisse großes Gewicht zu legen. Die Wohnung, in der Kinder und besonders Säuglinge verpflegt werden, muß hell, trocken, gut heiz- und ventilierbar sein. Ein Handwerk darf besonders nicht in dem Raume betrieben werden, in dem sich das Kind aufhält; auch darf dieser Raum nicht zum Waschen und zum Trocknen der Wäsche benutzt werden. Ueberfüllung der Wohnung ist zu vermeiden, besonders ist darauf zu achten, daß nicht außer den regulären Bewohnern noch Schlafburschen u. A. die Wohnung als Nachtquartier benutzen und den Luftraum über das zulässige Maß beschränken. (Siehe Uffelmann[8], Göttisheim[22].)

Plaut[2] hat versucht, den Einfluß der Beschaffenheit von Milch und Wohnung auf das Gedeihen der Ziehkinder genauer festzustellen. Es zeigte sich hierbei, wenigstens für die Leipziger Verhältnisse, daß einen noch wichtigeren Einfluß als die Ernährung, die Wohnungsverhältnisse auf die Entwickelung der Pflegekinder hatten. Die Beurteilung des Wertes der Wohnung erfolgte hierbei nach der Größe, der Ventilationsmöglichkeit (d. i. Verhältnis des Kubikinhalts des Zimmers zu der Größe der Fenster) und der in der Wohnung herrschenden Reinlichkeit. Außerdem wurde die Lage (Himmelsgegend, gutes oder schlechtes Viertel) und die Zahl der in der Wohnung lebenden Menschen berücksichtigt.

Der Beruf der Pflegeeltern bestimmt sich z. T. durch die verschiedenen Forderungen, die bisher aufgestellt sind; gleichmäßige, gesicherte Lebensverhältnisse sind vor allem bei dem selbständigen Handwerker und Bauer zu finden. Hier ist auch die Möglichkeit gegeben, daß der Pflegling später denselben Beruf ergreift. Andererseits hat bei der Wahl der Pflegeeltern ihr Wohnsitz eine gewisse Wichtigkeit. Werden die Kinder unmittelbar von den Ihrigen in Pflege gegeben, so werden sie womöglich am Orte zu behalten sein, damit sich die Verwandten um die Pflege bekümmern können; auch bei behördlicher Versorgung des Kindes kann die Erhaltung verwandtschaftlicher oder anderer bei der Uebernahme schon bestehender Beziehungen im Interesse des Kindes liegen und hiernach die Pflegestelle zu wählen sein, zuweilen aber erscheint es gerade im Gegenteil zweckmäßig, das Kind aus dem Bereich seiner Verwandten zu entfernen, um einem schädlichen Einfluß seitens der letzteren vorzubeugen. Große Städte werden, wenn man freie Wahl hat, überhaupt kaum empfehlenswert sein, weil sie dem moralischen und gesundheitlichen Gedeihen der Kinder aus mehr als einem Grund nicht förderlich sind; hingegen können mittlere und kleinere Städte besonders für die Pflege des zarteren Lebensalters sehr zweckmäßig sein, da hier die nötige Ueberwachung der Pflege leichter und ärztliche Hilfe schnell erreichbar ist. Die Verpflegung auf dem Lande ergiebt sich andererseits vielfach schon daraus, daß die Brustpflegemütter, welche sich Säuglinge zum Aufziehen holen, Bauersfrauen sind; hier muß der Vorteil in der Ernährung alle kleineren Nachteile aufwiegen. Für die größeren Kinder ist, soweit sie vom Lande stammen, die Verpflegung auf dem Lande das Nächstliegende; wenn sie in den Städten wohnhaft sind, wird es — bei entsprechender Vorkehrung — möglich sein, mit verhältnismäßig geringen Mitteln auch ihnen auf dem Lande eine gesicherte und gesundheitsförderliche Existenz zu gründen. Doch sollte man sie nur dann hierhin zu verpflanzen suchen, wenn sie nicht schon durch ihre früheren Lebensverhältnisse und einen längeren Stadtaufenthalt ihre Akklimatisationsfähigkeit verloren haben.

In den Ländern mit dem Prinzip der Findelverpflegung hat sich mit dem allmählichen Uebergang zur offenen Pflege die Landbevölkerung in der Umgebung der Findelhäuser daran gewöhnt, Findelkinder von zartestem Alter an in Pflege zu nehmen.

Ueber die ländliche Verpflegung der Pariser Findelkinder sei Folgendes mitgeteilt: Von den 33 545 enfants-assistés, die am 31. Dezember 1892 verpflegt wurden, waren in ländlicher Familienpflege 33 249, und zwar im Alter von 0—13 Jahren 23 260 und im Alter von 13 — 21 Jahren (unentgeltlich verpflegt) 9989. Die Verwaltung hat 30 Außenbezirke, welche sich übrigens nicht auf das Seine-Département beschränken. Die Agence eines jeden Bezirkes sucht Ammen für das Findelhaus aus und läßt sie durch ihre Aerzte untersuchen, sie schickt dann größere Ammentransporte nach Paris, wo jede Amme nach nochmaliger ärztlicher Untersuchung ein Findelkind erhält, das bis zu diesem Zeitpunkte im Hospice mit der Flasche, bei besonderer Schwäche durch eine Hausamme ernährt ist. Die Amme tritt mit ihm sobald wie möglich die Rückreise an und stillt es in ihrem Hause bis zum Alter von 10 Monaten (Gillet[24]). Das Findelkind bleibt in der Familie der Pflegeamme, deren Mann gewöhnlich Ackerbauer, seltener Handwerker ist, bis zu seinem vollendeten 13. Jahr; dann verdingt es sich als Dienstbote oder ländlicher Arbeiter (Lallemand[23], Rapport [16 17]).

In Rußland entwickelte sich die Verpflegung auf dem Lande mit dem Ende des vorigen Jahrhunderts; während das Findelkind in dem Warschauer Hospital der Kindlein Jesu sofort auf das Land gegeben wird*), bleibt es in der Moskauer Findelanstalt 6 Wochen (in der Petersburger durchschnittl. 34,6 Tage) in dem Findelhaus, wo es, wenn es nicht syphilitisch ist, von einer Hausamme gestillt wird, und erst hiernach wird es, wenn es gesund ist, einer Amme übergeben, die es mit sich aufs Land nimmt; in der Familie der Amme bleibt das Kind gewöhnlich bis zur Majorennität; die Knaben lernen gewöhnlich ein Handwerk, die Mädchen verheiraten sich schon früh. Die Unterbringung der Moskauer Findlinge erfolgt im Gouvernement Moskau und den benachbarten 5 Gouvernements; dort werden jetzt auf einer Fläche von 50 000 Werst mit mehr als 5000 Ortschaften mehr als 30 000 Findlinge aufgezogen. Von dem Petersburger Findelhaus befanden sich am 1. Januar 1893 31 125 Kinder bei 21 603 Pflegern in 2194 Dörfern in Pflege.

Die Prager und wesentlich in der gleichen Weise die Wiener Findelanstalt führen die Neugeborenen, welche sie am 8. bis 10. Tage von der Gebäranstalt übernehmen, außer im Falle einer Erkrankung, möglichst schnell in die ländliche Armenpflege über, wo sie bis zur Erreichung des Normalalters von 6 bez. 10 Jahren bei den Pflegeeltern bleiben. Am Schluß des Jahres 1890 waren von der Wiener bez. Prager Findelanstalt in Außenpflege 20 756 bez. 7121 Kinder untergebracht, im Findelhaus selbst 176 bez. 144 Kinder[26].

Das Londoner Foundling-Asylum, welches privaten Charakter hat, nimmt nach dem Prinzipe des Findelhauses uneheliche Kinder des 1. Lebensjahres für immer würdigen, verlassenen Müttern ab; es verpflegt die Kinder die ersten 4 Jahre auf dem Lande bei Pflegemüttern (zum Teil an der Brust), später in seiner Anstalt; im Jahre 1890 wurden 180

---

*) Alle Angaben über das Warschauer Hospital der Kindlein Jesu verdanke ich den brieflichen Mitteilungen der Herren Oberarzt Dr. Obremski und Sekundärarzt Dr. Kamiénski.

Kinder auf dem Lande verpflegt (hierunter 40 neu aufgenommen) und 306 in der Anstalt.

Das ebenfalls aus privaten Mitteln unterhaltene New York Foundling Hospital nimmt uneheliche, verlassene Kinder auf (ausschließlich der Kinder von Ammen) und giebt sie bis zu dem 3. Lebensjahr in Pflege aus und zwar innerhalb New York, Brooklyn und der Vorstädte, während der späteren Kindheit nimmt es die Kinder in das Hospital zurück, in welchem sich außerdem noch — neben der schon erwähnten Maternité — eine Krankenabteilung befindet. Im Jahre 1893 wurden 1243 Säuglinge aufgenommen und im ganzen 2962 Kinder verpflegt; es waren in diesem Jahr in Außenpflege 1800 Kinder; es wurden für sie 595000 M., also per Kopf und Monat 27,5 M. Pflegegeld bezahlt.

Das Massachusetts Infant Asylum in Boston nimmt Kinder bis zum Alter von 9 Monat auf und verpflegt sie bis zum vollendeten 2. Lebensjahr. Die Kinder kommen zunächst in die Anstalt, werden dort von Ammen gestillt (es ist aus den Berichten nicht zu ersehen, ob alle Säuglinge gestillt werden) und kommen nach der Entwöhnung in Haltepflege; bei ernsterer Erkrankung werden sie in die Krankenabteilung der Anstalt zurückgebracht. Die Ammen werden mit ihren Säuglingen aufgenommen, und auch für diese wird bei der Entlassung Sorge getragen. Die Aufnahme findet unter Berücksichtigung der elterlichen Verhältnisse statt; Uneheliche sind nicht ausgeschlossen (eigentliche Findlinge werden der Behörde zugeführt); der Betrag, den die Eltern zur Verpflegung beitragen, richtet sich nach ihrer materiellen Lage (z. B. 25—50—75 cts. pro Woche). Die Verpflegungskosten betragen innerhalb der Anstalt 21,25 M., in der Haltepflege 17 M. (!) per Woche und Kind. Die Zahl der in 27 Jahren verpflegten Kinder beträgt fast 3700 mit einer Sterblichkeit von fast 18 Proz.; es werden jetzt weniger Kinder verpflegt, da die Gemeinde ihre Armenkinder jetzt selbst versorgt (1893 : 102, 1894 : 88); die Sterblichkeit in den beiden letzten Jahren war nur 5,7 Proz. Daß diese niedrigen Zahlen in der That auf gute Organisation und vorzügliche hygienische Zustände zurückzuführen sind, geht daraus hervor, daß Todesfälle an akuten Verdauungserkrankungen fast gar nicht vorkommen.

Die deutschen Pflegeverhältnisse lassen sich nicht in der gleichen Weise übersichtlich zusammenfassen, da die armen Kinder hier von den verschiedenen Armenverbänden je nach den Landesverhältnissen und den herrschenden Grundsätzen in Pflege gegeben werden. Nur für das Großherzogtum Baden können wir genauere Angaben machen (Hauser[4]), hier wurden i. J. 1893 ca. 10774 Kinder verpflegt und zwar in Anstalten 1042, in der eigenen Familie 2857 und in fremden Familien 6875; unter ihnen wurden aus eigenen oder privaten Mitteln 1827 unterhalten (hierunter 216 Haltekinder), während der Rest auf Kosten der verpflichteten Armenverbände verpflegt wurde.

In Berlin wird die gesamte Armenkinderpflege durch die Armendirektion, Abteilung für Waisenverwaltung, ausgeübt (Fischer[27], Verwaltungsberichte[28]). Am 1. April 1893 wurden verpflegt: Waisenkinder im engeren Sinn 4863, Zwangserziehungskinder 436, andere verwahrloste Kinder 99, erwerbsunfähige ehemalige Waisenkinder 22. In der Kostpflege werden erzogen: 1) die kleinen Kinder bis zum schulpflichtigen Alter; 2) die sämtlichen Mädchen; 3) die schulpflichtigen Knaben, soweit sie nicht in der Waisenerziehungsanstalt zu Rummelsburg Aufnahme finden können. Die Kostpflege teilt sich in die Berliner und die aus-

wärtige; in der ersteren waren am 1. April 1893 1816 (hierunter in besonderen Anstalten 121), in der auswärtigen Pflege 2527, und zwar verteilen sich hier die Pflegestellen auf 142 Städte mit 1807 Kindern und 434 Dörfer mit 1715 Kindern (während der Jahre 1892/93). „Schon lange wird die kleinstädtische Pflege und Erziehung der strengen ländlichen vorgezogen, weil später die Berliner Jugend doch wieder nach der Stadt zurückdrängt, auch nicht mit der eingeborenen ländlichen in einen Wettbewerb treten kann und will" (Fischer[27], p. 19). Was das Lebensalter betrifft, so fanden sich am 1. April 1893 verhältnismäßig etwas mehr Kinder im 2.—6. Lebensjahr in Berliner Kostpflege als in der auswärtigen.

Wer ein Kind gegen Entgelt in Pflege nimmt, hat die Absicht hierbei etwas zu verdienen, mindestens will er für die ihm erwachsenen Unkosten entschädigt sein. Ist das Pflegegeld ein zu niedriges und die Zahlung eine unregelmäßige, so läuft daher das Kind oft Gefahr, Schaden zu leiden, mögen die Pflegeeltern auch nach den Grundsätzen ausgewählt sein, die wir im Vorhergehenden entwickelt haben. Die Pflege wird unter Umständen nachlässiger, die Ernährung schlechter und das Kind wird schließlich, wenn es trotzdem am Leben bleibt, von den Pflegern zurückgegeben, ohne hierdurch, so lange das Pflegegeld nicht die richtige Höhe erreicht, in bessere Verhältnisse zu kommen. Aeltere Kinder, die durch ihre Arbeitsleistung die Unkosten ihrer Verpflegung decken können, oder sogar noch verzinsen, haben auch ohne Zahlung eines Pflegegeldes für die Pflegeeltern einen gewissen Wert und sind gegen Vernachlässigung nicht so empfindlich wie die jüngeren.

Hingegen hängt das Wohlbefinden der Säuglinge von der Pflege, besonders von der Menge und Güte der gebotenen Nahrungsmittel in hohem Maße ab. Obgleich die Verpflegungskosten je nach den örtlichen Verhältnissen in gewissen Grenzen schwanken, mag hier als nächstliegendes Beispiel angeführt werden, wie hoch sich im Besonderen die Säuglingspflege in Deutschland stellen dürfte.

Uffelmann[8] berechnet die monatlichen Baarausgaben bei der Pflege eines Säuglings auf 9,58 M., welche Summe bei einem Preise von 14 bez. 16, bez. 20 Pf. für den Liter Milch auf 11,16—12,58—15,58 M. steigen würde; Pfeiffer[29] berechnet für den Monat 10,5 M. und Taube[30] die gleiche Summe unter Bezugnahme auf Leipziger Verhältnisse. Bei dieser Summe sind nicht eingeschlossen die Kosten für Wohnungsmiete und Abnutzung der Gebrauchsgegenstände, für Kleidung und vor allem für die sich in der Pflege ausdrückende erhebliche Arbeitsleistung. Hauser[4] setzt für die letzterwähnten Posten eine Summe von 4,25 bis 5,8 M. aus.

Vergleichen wir nun hiermit die thatsächlich für die Säuglingspflege gezahlten monatlichen Sätze. Es zahlt:

1. für Pflege bei Brusternährung:

Kindlein-Jesu-Krankenhaus (Warschau) (1 Rub. = 2,25 M.)	4,50 M.
Findelhaus in Petersburg	5,62 „
die Annunziata in Neapel	6,40 „
das Findelhaus in Moskau	6,75 „
„ „ „ Prag (1 fl. = 1,70 M.)	10,20 „
die Maternité in Kopenhagen	11,14 „

das Findelhaus in Wien	11,61 M.	
" " " Athen	12 "	
die Inclusia in Madrid (1 Peseta = 0,80 M.)	12 "	
die griechische Kirche in Konstantinopel	12,50 "	
die Assistance publique in Paris	18,56 "	(14,4—20 M.)
2. für Kostpflege:		
die Armenbehörde in Rostock	10 "	
" " " Berlin	18 "	
die Behörde im Grofsherzogtum Baden	10,1 "	(8,2—13,9 M.)
die Provinzialdirektion in Hessen-Darmstadt bis	20 "	
Armenverwaltung in Kopenhagen (1 Krone = 1,10 M.)	11,91 "	
das New-York Foundling Asylum	42,5 "	
3. es wird bezahlt für Haltepflege 1):		
im Grofsherzogtum Baden im Durchschnitt	8,68 "	(3,38—17,13 M.)
in Königsberg	4—18 "	
in den Landstädten des Reg.-Bez. Königsberg	2—10 "	
in Berlin, Halle, Leipzig meistens	15 "	
in Rostock	10 "	(8—15 M.)
in Breslau	12—24 "	
in Dresden	12 "	
in Köln	10—15 "	
in Basel	6,4—19 "	

1) Nach Uffelmann[8], Nath[31], Hauser[4].

Lassen wir den Blick über diese Verpflegungssätze gleiten, so ist zunächst im allgemeinen klar, daß bei exakter Kostenberechnung einer guten Säuglingspflege nur ausnahmsweise ein bemerkenswerter Verdienst für die Pflegemütter herauskommen würde. Bei der genaueren Betrachtung zeigt sich der Verpflegungssatz verhältnismäßig am günstigsten bei der Brustpflege, wenn man davon absehen will, für die Ammenmilch eine besondere Summe in Ansatz zu bringen, und wenn man die Billigkeit des ländlichen Lebens in Rücksicht zieht. Wenn die Sätze für Kostpflege an und für sich nicht hoch erscheinen, so wird sie thatsächlich doch besser als die Haltepflege bezahlt und kann dementsprechend mehr leisten. Es werden nämlich außer dem Kostgeld gewöhnlich noch Kleidung, freie ärztliche Behandlung und Arzenei geliefert, und unter Umständen kommt noch hierzu eine Geldprämie, nachdem die Pflege eine gewisse Zeit oder bis zu Ende geführt ist, und eine Extraunterstützung in Fällen, wo die Pflege besonderen Aufwand erfordert. Der Hauptgrund aber dafür, daß bei mäßigem Pflegegeld eine gewisse Höhe von Anforderungen gestellt werden kann, ist darin zu suchen, daß die regelmäßige Zahlung des Pflegegeldes vollkommen gesichert ist. Ganz anders ist es mit dem Pflegegeld bei der Haltepflege. Die Mütter der meist unehelichen Haltekinder befinden sich gewöhnlich in einer sehr schwierigen Lage, insofern sie von ihrem knappen Verdienst die Pflegekosten bestreiten müssen (H. Neumann[32]), und selbst wenn ihnen dies — den guten Willen vorausgesetzt — unter günstigen Verhältnissen noch eben möglich ist, so zieht Arbeitslosigkeit oder Erkrankung der Mutter doch sofort ein Stocken der Zahlung nach sich. In der Regel haben die Pflegemütter, von geringen Sachleistungen der Mutter abgesehen, von dem Pflegegeld alle Unkosten zu bestreiten.

An die genauere Beleuchtung des Verhältnisses, welches zwischen Pflegegeld und Pflegeunkosten bei der Säuglingspflege besteht, reihen wir kurz die monatlichen Pflegesätze für größere Kinder, für die im ganzen die eben gemachten Ausführungen gleichfalls zutreffen:

Es zahlt per Monat die Maternité in Kopenhagen im 2. Lebensjahr 6,69 M., bis zum Alter von 14 Jahren 4,45 M.; die Armenverwaltung in Kopenhagen bis 2 Jahr 10,08 M., bis 3 Jahr 8,25 M., bis 4 Jahr 7,17 M., bis 5 Jahr 6,88 M., bis herab zu 4,51 M. bei einem Alter von 14 Jahren. (Außerdem noch Extragelder für Schulbedürfnisse, bei Krankheit etc., Prämien für fleißige Kinder); Kindlein-Jesu-Krankenhaus (Warschau) 2.—7. Jahr monatlich 3 M.; das Findelhaus in Moskau für das 2. Lebensjahr 6,75 M., für das 3. Jahr 5,4 M., für das 4.—6. Jahr 4,48 M., für das 7.—10. Jahr 3,6 M., 11.—14. Jahr 2,25 M.; in Petersburg für das 2. Jahr 5,62 M., vom 3.—5. Jahr 4,50 M., vom 6.—8. Jahr 3,35 M., von 9—15 Jahren 2,25 M., außerdem Prämie für Schulbesuch; bei physischen oder moralischen Fehlern wird das Pflegegeld auf 11,25 M. erhöht. Das Findelhaus in Prag bez. Wien zahlt für das 2. Lebensjahr 6,8 bez. 8,5 M., bis zum 6. bez. 10. Jahr 5,1 bez. 6,8 M. Die Assistance publique in Paris zahlt vom 4.—13. Jahr 10,4 M., außerdem 1,6 M. für Kleidung und eine Prämie für den Schulbesuch, ferner zu 13 Jahr eine Prämie von 40 M. Im Großherzogtum Baden wird durchschnittlich bezahlt für das 2. Jahr 8 M., für das 3. Jahr 7,4 M., für das 4. Jahr 7,1 M., für das 5. Jahr 6,8 M., für das 6. Jahr 6,5 M., für das 7.—14. Jahr 5,9 M. — In Berlin kostet jedes Armenkind (ausschließlich der Verwaltungskosten) durchschnittlich 11,87 M., im Großherzogtum Baden 6,2 M. Es zahlt die Berliner Armendirektion für Berliner Kostpflege: 2. Jahr 13,95 M., 2.—6. Jahr 12 M., 6.—14. Jahr (Knaben) 12 M., 6.—15. Jahr (Mädchen) 9 M., ferner für auswärtige Kostpflege: 2. Jahr 13,5 M., 2.—6. Jahr 10,5 M., 6.—14. Jahr Knaben 9 M., Mädchen 7,5 M., außerdem Kleidung.

Wenn die genauere Berechnung zeigt, daß weder die Halte- noch die Kostpflege im allgemeinen für den Pfleger einen Verdienst abwirft, so muß man sich fragen, in welcher Weise dies auf die Pflege zurückwirkt. Unter Umständen ist diese Frage nur zu einfach zu beantworten: wenn z. B. in manchen Gegenden Deutschlands die Armenkinder mehr oder weniger öffentlich an den Mindestnehmenden versteigert werden (Hauser[4]), so kann dies nur bedeuten, daß die Behörde ebensowenig, wie ihr selbst an dem Wohl des Kindes gelegen ist, von den Pflegeeltern eine sachgemäße Verpflegung erwartet *). In solchen Fällen kann es dann z. B. vorkommen, daß die Pflegeeltern die jüngeren Kinder in der schlimmsten Weise vernachlässigen, die größeren Kinder selbst in schädlicher Weise ausnützen oder gar zur beliebigen Verwendung an andere Parteien vermieten[4].

Im allgemeinen liegt die Kinderpflege jedoch durchaus nicht so im argen, wie man nach dem Pflegegeld erwarten sollte. Zunächst steht im Auge der Pflegeeltern das Pflegegeld gewöhnlich nicht in dem rechnerisch nachweisbaren Mißverhältnis zu den durch sachliche Unkosten und Zeitverlust gegebenen Leistungen. Der kleine Mann „rechnet" hierbei nicht, d. h. er rechnet nicht richtig im Sinne kaufmännischer Geschäftsführung. „Da, wo die übrigen, die eigenen Kinder essen, da ißt auch noch eines mit", sagt man, und der Selbstproduzent der hierbei in Betracht kommenden Nahrungsmittel schätzt diese nicht nach dem Marktpreise, sondern als Selbstkonsument nur äußerst gering, die übrigen bei der Pflege des übernommenen Kindes noch in Betracht kommenden Leistungen aber nur insoweit, als durch sie, wie etwa

*) S. auch Volkswohl (1895) No. 28.

durch anzuschaffende Kleidungsstücke, Baarauslagen entstehen (Hauser[4], p. 125 und Nath[31]). Ferner aber wird, besonders in Ländern mit Findelpflege, schon bei Uebernahme des Säuglings von den Pflegeeltern damit gerechnet, daß das Kind dauernd in der Familie bleiben und ein nützliches Glied derselben werden soll. Hier läßt sich das Pflegegeld in dem Maße, als das Kind mit der Familie verwächst, ohne Schaden für die Pflege einschränken. Die Richtigkeit dieser Berechnung ergiebt sich schon daraus, daß die Adoption des Pfleglings in allen Ländern mit Findelversorgung die Regel oder mindestens sehr häufig ist.

Bei der Haltepflege spielt dieser letztere Gesichtspunkt nur wenig mit, da sie ihrer Natur nach an und für sich nur vorübergehend ist und jeden Augenblick willkürlich durch die Angehörigen unterbrochen werden kann. Es stehen die Haltekinder auch aus mancherlei anderen Gründen unter viel ungünstigeren Verhältnissen als die Kostkinder. Der private Charakter der Pflege läßt alle die Vorteile vermissen, welche das behördliche Aussuchen einer Pflegestelle, die Aufstellung gewisser Bedingungen und die Ueberwachung ihrer Ausführung mit sich bringt. Die Mutter, welche das Pflegegeld nur knapp und unregelmäßig zahlt und zufrieden sein muß, wenn die Pflegemutter das Kind trotzdem behält, kann oft keinen wesentlichen Einfluß auf die Pflege ausüben. Es kommt dazu, daß es ihr auch durch räumliche Entfernung und Zeitmangel gewöhnlich nicht möglich ist, sich um die Pflege zu bekümmern. Schließlich fehlt ihr auch zuweilen das Interesse an der Erhaltung des kindlichen Lebens — nicht etwa, daß es sich immer um einen groben ethischen Defekt bei der Mutter handelte, aber wenn keine Möglichkeit abzusehen ist, für Mutter und Kind einigermaßen Auskommen zu finden, so ist es begreiflich, wenn der Tod des Kindes, das in schlechter und liebloser Pflege dahinsiecht, als eine Erlösung aus unabwendbarem Leid erscheint. Unter solchen Umständen kommt es häufig zwischen Mutter und Pflegemutter geradezu zu einem schweigenden Einverständnis über das Endziel der Pflege, und auch ohne dies ist das Endergebnis das gleiche, wenn die Mutter in ihrer Hilflosigkeit darauf angewiesen ist, das Kind in eine gewerbsmäßige und ohne Rücksicht auf das Wohl des Kindes ausgeübte Pflege zu geben. Wo Unverstand und materielles Unvermögen aufhört und wo absichtliche Tötung anfängt, ist im besonderen bei der Säuglingspflege nur sehr selten festzustellen. Die „Engelmacherei“ war vor wenigen Jahrzehnten noch sehr verbreitet (in Frankreich [Roussel[1] p. 17, 160], Schweiz [Silberschlag[33], Göttisheim[29]], England, Rußland, Deutschland), und sie ist auch jetzt noch besonders dort in Blüte, wo mangelhafte polizeiliche Einrichtungen und große Dichtigkeit der Bevölkerung ihre Auffindung und Bestrafung erschweren. In manchen Gegenden scheint dies schmähliche Gewerbe ziemlich unverhüllt betrieben zu werden (z. B. in Rußland), in anderen Kulturstaaten*) blüht es unauffällig im Stillen, wieder an anderen Orten entzieht es sich dem Auge des Gesetzes, indem es seine Endziele in raffinierter Weise verhüllt.

Z. B. werden in England häufig Kinder zur Adoption gegen eine einmalige Entschädigung, welche zwischen 5 und 200 Pfd. Sterl. schwankt,

*) In einer Stadt am Rhein mit einem Verein zur Fürsorge für Ziehkinder fand z. B. noch im vorigen Jahr der Vereinsarzt eine konzessionierte Pflegemutter, bei der schon 7 Pflegekinder verstorben waren, während 2 andere Kinder noch rechtzeitig von den Müttern aus der Pflege genommen waren.

in sehr herzlich abgefaßten Zeitungsannoncen gesucht. Die Kinder werden auf einer Eisenbahnstation von einer Mittelsperson, die ihre Anonymität zu bewahren weiß, übernommen und in eine der berüchtigten Baby-farms verbracht, in der die aus den verschiedenen Gegenden des Landes heimlich angesammelten Säuglinge einem elenden Tode entgegengehen (Waugh[34]).

Eine gute Kinderpflege kann nur dadurch gesichert werden, daß diejenigen Personen und Behörden, welche ein natürliches, humanes oder gesetzliches Interesse an dem Wohle des Kindes haben, dauernd die Ueberwachung der Pflege übernehmen. Wo das natürliche Interesse nicht genügend vorhanden ist oder zum Ausdruck kommen kann — wie dies häufig bei der Haltepflege der Fall ist —, muß der Staat für seine hilflosen Glieder eintreten, wobei sich seine Aufgabe unter Umständen über die einfache Ueberwachung hinaus erweitern wird.

Ueberblicken wir zunächst, in welcher Weise die Kostpflege überwacht zu werden pflegt.

Zunächst einige Beispiele für die besonders schwierige Ueberwachung der ländlichen Pflege.

Der ungeheure Landstrich, den die Moskauer Findlinge bewohnen, ist in 41 Distrikte geteilt, von denen jeder unter einem besonderen Inspektor, meist einem Arzte, steht; derselbe hat 500—1000 Kinder unter seinem Schutze und muß außerdem die Ammen, welche Findelkinder bekommen sollen, untersuchen und mit einem genauen Atteste nach Moskau schicken.

Die Pariser Findelanstalt hat für jeden ihrer ländlichen Bezirke eine Agence; dieselbe wird von einem Direktor verwaltet, der, unterstützt von seinen Unterbeamten, die Korrespondenz mit der Centralverwaltung führt und vierteljährlich die Pflegekinder seines Bezirkes besucht; die Agence hat ferner ihre Aerzte, welche die kranken Kinder behandeln und besonders den Säuglingen ihre Aufmerksamkeit zuwenden. Schließlich hat sie ein Dépôt, in welchem die vorübergehend unterkunftslosen Findelkinder Aufnahme und vorläufige Beschäftigung finden. In unbestimmten Zwischenräumen findet eine Kontrolle der Agence durch Kontrolleure und durch die Abteilungschefs der Assistance publique statt.

Die von der Casa dell' Annunziata in Pflege gegebenen Findlinge werden, soweit sie außerhalb Neapels untergebracht sind, vom Sindaco des Ortes und den zum äußeren Säuglingsdienst Delegierten überwacht, während die in Neapel selbst untergebrachten Findlinge unter Aufsicht eines Komitees von 12 Familienvätern und Müttern stehen. Außerdem findet im Frühjahr und Herbst eine ärztliche Inspektion statt.

In der böhmischen Findelpflege findet die Beaufsichtigung der Außenpflege durch die Pfarr- und Gemeindeämter, Waisenväter und Findelaufseher statt.

Für die Ueberwachung der städtischen Kostpflege, die naturgemäß leichter und hierdurch gewöhnlich auch besser ist, seien zunächst einige Beispiele aus dem Auslande angeführt. In Konstantinopel müssen die Findelkinder der griechischen Gemeinde, die sämtlich in der Stadt und ihrer Umgebung untergebracht sind, alle 14 Tage dem Arzte vorgestellt werden, welcher den Gesundheitszustand (speziell auch das Körpergewicht) feststellt; auch in der Zwischenzeit soll der Arzt

über den Gesundheitszustand auf dem Laufenden gehalten werden (Zavitziano[14]).

Die Kinder des New York Foundling Asylum werden jeden Monat bei Gelegenheit der Auszahlung des Pflegegeldes den „Schwestern" im Asylum vorgezeigt und außerdem von den Brüdern der Conference of St. Vincent de Paul, sowie von dem Aufsichtsbeamten des Asylums in unbestimmten Zwischenräumen besucht.

Für Deutschland ist die Ueberwachung der Kostkinder nicht ganz leicht darzustellen, da sie je nach der Behörde, welche die Kinder in Pflege gegeben hat, durch die besonderen Organe der Behörde ausgeübt wird, zuweilen aber auch auf andere Organe oder auf Einrichtungen, wie die Frauenvereine, übertragen ist. Im Großherzogtum Baden z. B. fehlt eine systematische Ueberwachung bei den nur auf Kosten der Gemeinden untergebrachten Kindern nahezu ganz; bei der Kreisarmenkinderpflege findet sie durch Bezirksräte, Sonderausschußmitglieder und Ortsarmenpfleger statt und in nicht großer Ausdehnung durch die Mitglieder des Badischen Frauenvereins.

Die in Berlin untergebrachten Kostkinder werden entsprechend den Bestimmungen der preuß. Vormundschaftsordnung von den Gemeinde-Waisenrats-Kommissionen, welche in der Regel aus 3—6 männlichen und weiblichen Mitgliedern bestehen. überwacht; über die außerhalb Berlins befindlichen Waisenkinder der Berliner Armendirektion führt außer dem Gemeinde-Waisenrat des betreffenden Ortes ein im Orte wohnhafter, vertrauenswürdiger Mann — gewöhnlich der Geistliche — als Waisenvater die Aufsicht. In größeren Kolonien haben die Waisenväter freiwillige Hilfskräfte zur Aufsicht gewonnen; auch ist für Kinder bis zu 6 Jahren eine beständige ärztliche Aufsicht angeordnet.

Diese kurzen Angaben mögen zunächst für die Kenntnis von der Ueberwachungsform der Kostkinder genügen. Bevor wir die allgemeinen Grundsätze, welche bei der Ueberwachung der Pflege maßgebend sind, entwickeln, wäre jetzt erst darzulegen, auf welche Weise man versucht hat, auch die Haltepflege einer Ueberwachung und Reglementierung zu unterstellen.

Die gesetzliche Regelung der Haltepflege beschränkt sich in Würdigung der Thatsache, daß die Haltekinder meist in der ersten Kindheit stehen und in diesem Alter besonders bedroht sind, meist auf die Haltekinder der ersten Lebensjahre; wir werden aber andererseits die verschiedensten Altersgrenzen für die Ueberwachung finden.

Da in Frankreich die Haltepflege schon sehr früh zur höchsten Blüte kam, hat sich hier die Behörde auch schon seit langer Zeit zu ihrer Ueberwachung genötigt gesehen. Der ersten Ordonnanz vom Jahre 1350 sind zahlreiche weitere königliche, parlamentarische und gerichtliche Beschlüsse über das Ammen- und Haltewesen gefolgt, welche die herrschenden Mißbräuche vergebens auf die Dauer abzustellen versucht haben. Die letzte bedeutungsvolle Phase in der französischen Gesetzgebung stellt die Loi Roussel vom Jahre 1874 dar, welche in umfassender Weise und nach weitherzigen Gesichtspunkten die Verpflegung der Haltekinder für ganz Frankreich regelte — ohne daß freilich infolge der mit ihrer Ausführung verbundenen Kosten bis heute ihre allgemeine Durchführung geglückt wäre. Eine Reihe von Erlassen gaben spezielle Aus-

führungsbestimmungen (s. Block[36], p. 995). Das Gesetz stellt alle gegen Entgelt in Pflege befindlichen Kinder von weniger als 2 Jahren unter öffentlichen Schutz. Ihre Aufsicht wird durch den Präfekten des Departements, der von einem sachverständigen Komitee unterstützt wird, ausgeübt; unter ihm sind die Lokalkommissionen, in denen je 2 verheiratete Frauen sitzen müssten, thätig. Die Lokalkommissionen können besoldete Besucher anstellen. Alle Fäden der Ueberwachung einschließlich der statistischen Berichte laufen bei einem Kinderschutzkomitee im Ministerium des Innern zusammen. Von hier aus findet die Anstellung ärztlicher Inspektoren statt. Diese müssen jedes Pflegekind 8 Tage nach seiner Ankunft besichtigen und es dann mindestens einmal monatlich sowie bei jeder Requisition durch den Maire besuchen; sie zeichnen jeden Besuch in das Pflegebuch ein und melden ihn dem Maire; sie geben jährliche Berichte über ihren Bezirk; bei ansteckender Krankheit oder Schwangerschaft der Amme ordnen sie die Entwöhnung des Pflegekindes an und lassen durch den Maire die Eltern benachrichtigen. — Es haben sich nicht nur die Pflegemütter (ausschließlich der Großmütter ehelicher Kinder), sondern auch die Ammenbureaux und ihre Mittelspersonen sowie alle Personen, welche Krippen und dergl. unterhalten, bestimmten Vorschriften zu unterwerfen. Aus den Verordnungen über das Pflegewesen führen wir folgendes an: Die Uebernahme eines Pflegekindes ist innerhalb 3 Tage zu melden, ebenso ein Wohnungswechsel, die Rückgabe des Kindes an die Eltern oder Uebergabe an eine andere Person sowie schließlich (in 24 Stunden) der Todesfall. Der Uebernahme gehen amtliche Erhebungen über den Leumund, die Vermögens- und Wohnungsverhältnisse der Pflegemutter voraus, über den Besitz einer Wiege und eines Ofenschirmes, ferner die Ausstellung eines ärztlichen Zeugnisses für die Pflegemutter, wonach sie zum Aufziehen eines Säuglings geeignet ist, keine körperlichen Fehler oder ansteckende Krankheit hat und geimpft ist. Außerdem müssen die Ammen nachweisen, daß ihr Kind, falls es noch lebt, mindestens 7 Monate gestillt ist oder jetzt noch anderweitig gestillt wird. Die Pflege von mehr als 2 Kindern ist verboten. Bei Gefahr für sein Leben oder seine Gesundheit kann das Kind fortgenommen und vorläufig anderweitig untergebracht werden. Es ist das Kind in den ersten drei Monaten der Pflege zu impfen. Die Pflegemntter erhält für jeden Säugling ein Pflegebuch, welches enthalten muß: 1) Nationale des Pflegekindes und seiner Eltern, Ort und Datum der Uebergabe; 2) Aufzählung des Wickelzeugs; 3) Datum der Bezahlung des Pflegegeldes; 4) Impfbescheinigung; 5) Daten der Visiten des ärztlichen Inspektors und der Mitglieder der Lokalkommission mit ihren Bemerkungen; 6) die Erklärungen, welche die Amme über ihre Verhältnisse gemacht hat. — Es sind in dem Buch außerdem abgedruckt die bezüglichen Bestimmungen des Strafgesetzbuches, das Reglement der öffentlichen Verwaltung und die speziellen Verordnungen des Präfekten über das Ammenwesen und schließlich populäre Bemerkungen über die Hygiene des Säuglingsalters. — Das Pflegegeld hat einen Vorzug bei der Befriedigung der Gläubiger aus einer Schuldmasse.

Im Jahre 1888 traten im Seine-Département bei einer Geburtszahl von 77 449 in entgeltliche Pflege 21 619 Kinder (= 27,9 Proz.), und zwar wurden von ihnen 2540 im Seine-Département und 19 079 außerhalb desselben untergebracht[37]. — Im Jahre 1889 wurden innerhalb des Seine-Départements im ganzen 4900 Kinder überwacht (hierbei muß eine Anzahl von außerhalb in das Seine-Département zugezogen sein), unter ihnen

1361 uneheliche; es starben 8,18 Proz. der Kinder (7,94 der ehelichen, 8,81 der unehelichen); es wurden mit Ammenbrust 2209, mit Saugflasche 2094 ernährt, in Pflege und Wartung waren 597. Von der ersten Kategorie starben 7,01 Proz., von der zweiten 10,98 Proz., von der dritten (nur 1-jährige Kinder!) 2,68 Proz. (hierbei an Darmkrankheiten 2,40—5,87—0,50 Proz.). Von 100 gestorbenen Kindern waren 38,65 mit der Brust, 57,36 mit der Flasche genährt und 3,99 waren nicht mehr im Säuglingsalter. An monatlichem Pflegegeld wurde bei Ammenbrust durchschnittlich 41,95 frcs. (am häufigsten 36—40 frcs.) gezahlt, für Päppeln 36,10 frcs. (am häufigsten 26—30 frcs.), für Pflege der entwöhnten oder nicht mehr gepäppelten Kinder 30,68 frcs. (am häufigsten 26—30 frcs.). In 1690 Fällen mußte das Pflegegeld (in der Gesamthöhe von 314 108 frcs.) reklamiert werden, und zwar betrafen von diesen Fällen 1094 uneheliche Kinder; 152mal mußte die Aufsichtsbehörde die Kinder aus der Pflege entfernen [38].

Für England und Schottland ist die Kostpflege durch den Infant Life Protection Act vom Jahre 1872 geregelt (35 u. 36 Vict. s. 38). Im Gegensatz zu der Detaillierung des französischen Gesetzes beschränkt sich hier das Gesetz — ähnlich wie die später zu erwähnende Gesetzgebung in Deutschland — auf allgemeine Anordnungen über Registrierung und Konzessionierung der Pflegeeltern; trotz aller Vorsicht des Gesetzgebers gelingt es übrigens, wie wir oben an einem Beispiel zeigten, das Gesetz zu umgehen. — Das Gesetz erlaubt nur 1 Kind (oder im Falle von Zwillingen 2 Kinder) unter 1 Jahr in entgeltliche Kostpflege zu nehmen. Die Behörde hat ein Register anzulegen, in welchem der Name der Pflegeeltern und die Lage des Hauses aufgeführt wird. Vorher hat sich die Behörde zu vergewissern, daß das Haus geeignet ist und die Pflegeeltern einen guten Ruf haben und in der Lage sind, Kinder zu verpflegen. Die Pflegeeltern haben selbst ein Buch zu führen, in dem Name, Alter und Geschlecht der Pflegekinder, Datum der Uebernahme, Name und Adresse der Ueberbringer sowie schließlich Datum der Abgabe und Name und Adresse der Empfänger des Kindes einzuzeichnen sind. Ueberzeugt sich die Behörde, daß eine Pflegepartei das Kind vernachlässigt oder unfähig ist, Kinder in geeigneter Weise zu ernähren und zu pflegen, oder daß das Haus nicht mehr für Kinderpflege geeignet ist, so ist die Pflegepartei aus dem Register zu streichen. Der Tod eines Pflegekindes ist innerhalb 24 Stunden dem Leichenschauer zu melden, welcher eine Untersuchung anzustellen hat, wofern ihm nicht ein ärztliches Attest über Verlauf der Krankheit und Todesursache vorgelegt wird. Das Gesetz findet keine Anwendung auf Pflege durch Verwandte, Vormünder oder Kinderschutzvereine, sowie auf die Pflege von Kindern der Armenverwaltung. Auf die Strafen, welche das Gesetz androht, und die Kosten seiner Ausführung gehen wir nicht ein.

In Dänemark ist durch Gesetz vom 20. April 1888 die entgeltliche Pflege aller Kinder bis zum 14. Jahr, und zwar für das ganze Reich geregelt. Die Pflegeerlaubnis wird unter ähnlichen Bedingungen wie in den schon erwähnten Ländern erteilt. In den Provinzen legen die Behörden die Aufsicht in die Hände von Männern oder Frauen, welche jederzeit zu den Wohnungen der Pfleger Zutritt haben müssen; in Kopenhagen ist die Kontrolle in der Hand der 6 Aerzte der Gesundheitskommission oder bei der Polizei. Die unmittelbare Kontrolle wird durch freiwillige Hilfe einer Zahl von Ehrendamen ausgeführt, welche, wenn nötig, an Aerzte oder Polizei berichten.

In Ungarn bestimmt das Gesetz XIV über den Gesundheitsdienst vom Jahre 1876, daß die Personen, welche Kinder zum Stillen oder zur Pflege nehmen wollen, dies ihrem Gemeindevorstand mitteilen müssen; dieser erteilt die Erlaubnis, nachdem er sich über die Gesundheitsverhältnisse der Amme und ihrer Wohnung unterrichtet hat. Eine Amme darf nicht mehr als einen Säugling übernehmen; der Gemeindearzt oder in seiner Ermangelung der Gemeindevorstand sollen mittels häufiger Visiten die Pflege kontrolliren [39].

In der Schweiz ist das Kostkinderwesen, soweit es überhanpt geschehen ist, selbständig durch die einzelnen Kantone geregelt. Der Kanton Zürich hat zuletzt durch eine Verordnung vom 10. August 1893 das Halten von Kostkindern geregelt. Sie hat auf alle entgeltlich verpflegten Kinder bis zu ihrem 14. Lebensjahr Bezug und schließt auch die von Armen- und Waisenbehörden in Pflege gegebenen Kinder ein. Personen, welche aus der Pflege von Kostkindern eine Erwerbsquelle machen, erhalten von der Sanitätsdirektion eine Konzession, nachdem sie sich darüber ausgewiesen haben, daß sie a) nicht almosengenössig sind; b) nicht schlecht beleumdet sind; c) nicht der Kuppelei oder des Haltens von Dirnen verdächtig sind; d) nicht an Krankheiten leiden, durch welche die Kostkinder gefährdet werden könnten; e) eine gesunde Wohnung innehaben, in welcher oder in deren Umgebung auch kein gesundheitsschädliches Gewerbe betrieben wird; f) jedem Kostkinde eine eigene Lagerstätte zu gewähren im Falle sind; g) Gewähr für zweckentsprechende Ernährung, Erziehung und Behandlung der ihnen anvertrauten Kinder bieten. Von der Registrierung und den formellen Bestimmungen absehend, erwähnen wir noch, daß die Gesundheitsbehörden verpflichtet sind, durch ein ärztliches Mitglied der Behörde oder unter Zuzug eines Arztes jedes Kostkind vierteljährlich mindestens einmal besuchen zu lassen. Erwähnenswert ist, daß auch die mit der Mutter in Schlafstelle wohnenden Kinder in die Ueberwachung einbezogen sind — eine Neuerung, die der Berücksichtigung wert ist.

In Italien lag im Jahre 1893 der Deputiertenkammer der Entwurf eines Kinderschutzgesetzes vor, das in Anlehnung an die Loi Roussel ausgearbeitet war [39].

Auch in Rumänien findet in Anlehnung an die Loi Roussel eine Ueberwachung der Haltekinder bis zu 6 Jahren statt [12].

Im Staat Massachusetts tritt Ueberwachung durch die Gesundheitsbehörde ein, wenn mehr als 2 Kinder unter 3 Jahren entgeltlich verpflegt werden. Auf uneheliche Säuglinge richtet man besondere Aufmerksamkeit. Die Eltern bez. Mütter müssen nachweisen, ob sie die Mittel haben, das Kind in der Pflege zu erhalten, und angeben, wo sie es untergebracht haben. Der Board of lunacy and charity beaufsichtigt die Pflege und entfernt es aus derselben, wenn sie nicht ausreichend ist, um selbst entsprechend den gesetzlichen Vorschriften für das Kind Sorge zu treffen (Sect. 3 Chap. 270, Acts of 1882; Chap. 309, Acts of 1889; Pub. Stat. Chap. 80; Chap. 318, Act of 1892).

In Deutschland besteht leider keine reichsgesetzliche Regelung der Materie. In einer Reihe deutscher Staaten, wie Bayern (1861), Württemberg, Hessen, Sachsen-Weimar, Sachsen-Altenburg, ist das Pflegekinderwesen für den ganzen Staat durch Ministerialverordnungen geregelt. Hingegen ist in Preußen den Behörden nur die Befugnis gegeben, im Bedarfsfall das Kostkinderwesen durch entsprechende Polizeiverordnungen zu regeln. Dies ist in fast allen Provinzen Ende der 70er

und Anfangs der 80er Jahre geschehen, nachdem man sich bis dahin nur ganz vereinzelt mit dem Haltewesen beschäftigt hatte. Da sich in Preußen gewerbsmäßige Haltepflege sehr ungleichmäßig, meist aber nur in den größeren Städten findet, so umfassen die Polizeiverordnungen nicht immer die ganzen Provinzen oder Regierungsbezirke, sondern zuweilen nur einzelne Kreise oder die größeren Städte. Die Verordnungen lehnen sich meist an das englische Vorbild an und beschränken sich darauf, die Haltekinder zu registrieren, die Pflegemütter zu konzessionieren und im Fall eines Zuwiderhandelns gegen die im Interesse des Kindes gestellten Konzessionsbedingungen Strafe anzudrohen*). In Baden ist das Haltekinderwesen ebenfalls nur für einzelne Territorien geregelt, und zwar in wechselnder Weise durch bezirks- oder ortspolizeiliche Vorschriften, welche ihrerseits inhaltlich in weiten Grenzen variiren[4].

Fassen wir die in Deutschland bestehenden Verordnungen zum Schutze der Haltekinder inhaltlich zusammen, so ist ihnen allen gemeinsam die den Pflegemüttern unter Strafandrohung auferlegte Verpflichtung der polizeilichen An- und Abmeldung der entgeltlich verpflegten Kinder; ausgenommen hiervon sind gewöhnlich Kinder, die behördlich oder durch Vereine in Pflege gegeben sind. Die Altersgrenze schwankt zwischen dem vollendeten 4. und 8. Jahr (Bayern) und ist meistens das vollendete 6. Jahr. Die meisten Polizeibehörden machen die Erlaubnis zur Haltepflege von gewissen Bedingungen abhängig, die sich auf das Verhalten der Pflegeeltern und ihrer Wohnung beziehen, und drohen im Falle schlechter Behandlung der Kinder oder mangelhafter gesundheitlicher Zustände die Konzessionsentziehung an. Den Polizeibeamten oder anderen Personen, die mit der Ueberwachung der Pflegekinder betraut sind (dem Kreisphysikus, den Mitgliedern von Frauenvereinen), steht die Befugnis zu, von den Wohnungs-, Ernährungs- und Pflegeverhältnissen jedes Kindes Kenntnis zu nehmen; zu diesem Zwecke ist die Pflegerin verpflichtet, den Zutritt zu dem Kinde zu gewähren, es vorzuzeigen und Auskunft über seine Pflege zu geben. Außer der Polizeibehörde ist nach der preußischen Vormundschaftsordnung auch noch der Gemeinde-Waisenrat als Organ des Vormundschaftsrichters zur Ueberwachung des Haltekindes berufen (Fischer[27], Baginsky[9]).

Wir begnügen uns mit diesen Angaben über die Gesetzgebung zum Schutze der Haltekinder in den verschiedenen Staaten. Ueberall ist die Absicht zu erkennen, zunächst und vor allen Dingen einen Zwang dahin auszuüben, daß die entgeltliche Verpflegung von Kindern den Behörden überhaupt regelmäßig bekannt werde. Um dies zu erreichen, wäre freilich eine einheitliche Regelung der Haltekinderpflege nötig; wenn diese, wie z. B. in Deutschland, fehlt, so ist es oft ohne große Mühe möglich, sich aus dem Bereiche der Polizeiverordnung durch eine Wohnungsveränderung zu entfernen. Thatsächlich lassen die Sterblichkeitszahlen der unehelichen Säuglinge (Würzburg[25]) sehr deutlich erkennen, daß ein großer Teil der in den Großstädten geborenen Säuglinge in der ländlichen Umgebung verpflegt wird, in der, wenn überhaupt eine gesetzliche Regelung der Haltepflege besteht, doch die Handhabung

*) Die bezüglichen Verordnungen finden sich in den meist alle 3 Jahre an die Oberpräsidenten erstatteten Berichten über die Gesundheitsverhältnisse der einzelnen Regierungsbezirke; Ausführung und Ergebnisse der Verordnung werden hier in einem besonderen, den Haltekindern gewidmeten Abschnitt berührt.

der gesetzlichen Vorschriften eine andere, und zwar gewöhnlich eine noch weniger sorgfältige als in den Großstädten selbst zu sein pflegt. Ebenso bieten die Grenzgebiete zwischen Ländern mit und ohne Kinderschutz lichtscheuer Haltepflege eine willkommene Zuflucht. Daß die Absicht des Gesetzes selbst bei guter Organisation nicht immer erreicht wird (z. B. in England, Frankreich), läßt sich natürlich nicht vollkommen vermeiden.

Auf die sorgfältige Erfüllung der Anforderungen, welche an die entgeltliche Pflege (Kost- wie Haltepflege) zu stellen sind, haben die überwachenden Organe hinzuwirken. Wenn wir überblicken, welches die Organe sind, die mit dieser hygienisch wichtigen Aufgabe betraut sind, so finden wir besonders in Deutschland vielfach Angestellte der Polizeibehörde, welchen naturgemäß ein ausgedehnteres Verständnis für ihre Aufgabe abgeht; weiterhin sahen wir Pfarr- und Gemeindeämter, Bezirksräte und Ortsarmenpfleger mit der Ueberwachung beauftragt, bei denen wenigstens für die Beurteilung der Pflege größerer Kinder Verständnis vorausgesetzt werden darf. Naturgemäß wird sich aber eine noch bessere Ueberwachung mit einem Personal ausführen lassen, welches geradezu hierfür ausgebildet ist und sich ausschließlich und berufsmäßig hiermit zu beschäftigen hat (Findelaufseher, Inspektoren etc.). Insofern auch ihm die nötigen hygienischen Kenntnisse vielfach fehlen werden, ist es zweckmäßig, zur Aufsicht (wir sprechen hier nicht von der Behandlung!) auch Aerzte heranzuziehen, wie dies in Rußland, Frankreich und Italien, freilich meist in beschränktem Maße, geschieht, und wofür wir auch in Preußen vereinzelte Beispiele haben (Revisionen durch den Stadtphysikus, den Polizeiarzt, die Armenärzte).

Für die behördliche Ueberwachung der Säuglingspflege, welche besonders schwierig und wichtig ist, fehlt es besonders oft an geeigneten Personen. Bald — immerhin selten — besteht ärztliche Aufsicht, bald auch Aufsicht durch Frauen, die in den Lokalkommissionen zur Ueberwachung der Pflegekinder (z. B. in Berlin, Frankreich, Neapel) sitzen, zuweilen auch Ueberwachung durch Diakonissinnen und Gemeindeschwestern, häufig aber findet sich weder das eine noch das andere, während eigentlich zur Erfüllung des angestrebten Zweckes das regelmäßige Zusammenwirken ärztlicher und weiblicher Ueberwachung angezeigt wäre.

Letzteres ist besonders gut in Leipzig erreicht, wo alle Ziehkinder unter der dauernden Aufsicht eines Arztes stehen, welchem hygienisch ausgebildete und fest angestellte Pflegerinnen untergeordnet sind (Taube [30]).

Die Unzulänglichkeit der behördlichen Ueberwachung — besonders in Hinblick auf die jüngeren Pflegekinder — ist im allgemeinen so deutlich, daß die Behörden diese wichtige Funktion vielfach an freiwillige Vereine überlassen haben, welche entweder im engen Zusammenhang mit der Behörde oder auch unabhängig von ihr die Ueberwachung aller oder eines Teiles der Pflegekinder ausüben. Die Ueberwachung durch freiwillige Kräfte hat vielfache Vorteile. Die verheiratete Frau aus den vermögenden Ständen wird nicht nur das weibliche Verständnis für die Pflege mitbringen, sondern auch an die Pflege entsprechend ihrer eigenen Lebens-

haltung höhere Anforderungen stellen, als es sonst geschehen würde. Durch ihre taktvolle und uneigennützige Fürsorge für den Pflegling wird sie zu den Pflegeeltern in eine Vertrauensstellung kommen, welche unter Umständen einen größeren praktischen Wert für die Güte der Pflege gewinnt als die von der Behörde bei Strafe angedrohten Anordnungen. Andererseits bringt, wie man sich nicht verhehlen darf, die Freiwilligkeit der Ueberwachung es gewöhnlich mit sich, daß die Zahl der beteiligten Frauen, sowie die Häufigkeit und Regelmäßigkeit ihrer Besuche nicht ausreicht.

Im Großherzogtum Baden sind in 1262 Orten 10774 arme Pflegekinder vorhanden. 364 Damen aus 51 Vereinen des Badischen Frauenvereins beteiligten sich (im Jahre 1893) an der Ueberwachung der Pflege (Hauser[4]). Die Ziehkinder des Königreichs Sachsen werden durch die Damen des Albertvereins, diejenigen Württembergs durch den Olga-Verein überwacht. Im Großherzogtum Hessen hat der Alice-Frauenverein die Ueberwachung der Waisenkinder übernommen (im Jahre 1892 kamen auf 17 Damen 232 Kinder) und führt außerdem in einigen Zweigkomitees auch über die bis zum Alter von 6 Jahren in Haltepflege gegebenen Kinder die Aufsicht (er giebt den Pflegemüttern auch kleine Prämien). Der Elberfelder Frauenverein, welcher in engem Zusammenhang mit der Armenverwaltung seine freiwillige Thätigkeit entfaltet, führt in einer besonderen Abteilung die Aufsicht über die Pflege der bei Pflegemüttern untergebrachten Ziehkinder im Alter von noch nicht 4 Jahren. Im Jahre 1893/94 wurden 80 Kinder von 18 Damen beaufsichtigt; er sorgt hierbei auch für Kleidungsstücke und Beschaffung eines geeigneten Lagers.

Während die genannten Vereine die Ueberwachung der Armenkinder nur als Nebenzweck verfolgen — zum Teil allerdings in besonderen Nebenabteilungen —, giebt es in Deutschland noch einige andere Vereine, deren selbständiger Zweck es ist, im Zusammenwirken mit der Behörde die Haltekinder zu überwachen. Der Aufsichtsverein für Kostkinder in Breslau besteht aus so vielen Abteilungen, als es Polizeibezirke giebt; in jeder der Abteilungen ist ein Polizeikommissarius des Bezirks im Vorstand. Die sich freiwillig meldenden Aufsichtsdamen sollen monatlich wenigstens einmal die ihnen zugeteilten Kostkinder (bis zum Alter von 4 Jahren) kontrollieren. Außerdem führt der Verein Verzeichnisse von tüchtigen Pflegefrauen, gewährt in Fällen der Not vorübergehend Unterstützungen zur Pflege und Erziehung der Kostkinder und prämiiert besonders verdiente Pflegefrauen. Dreimal jährlich wird die Pflege durch einen Arzt revidiert. Im Jahre 1893 wurden 2190 Kinder beaufsichtigt. Der Verein zum Schutze der Haltekinder in Altona überwachte im Jahre 1892 364 Kinder durch seine Aufsichtsdamen. Der Verein zur Fürsorge für Ziehkinder in Bonn und Umgegend überwachte im Jahre 1891 117 Kinder; er stellt für die Kinder freien Arzt und Arznei.

Viel gründlicher als in den eben genannten Vereinen, aber von verhältnismäßig geringer Ausdehnung ist die Fürsorge, welche der Berliner Kinderschutzverein Haltekindern widmet. Bei einer Zahl von 3541 Haltekindern bis zum Alter von 4 Jahren, welche die Polizei im Jahre 1891 in Berlin überwachte, betrug die Zahl der vom Kinderschutzverein im gleichen Jahr verpflegten Kinder nur 201. Er giebt Kinder der ersten 3 Lebensjahre guten Pflegeeltern in Pflege, indem er die Eltern, soweit thunlich, zum Pflegegeld heranzieht; unter Umständen

unterstützt er auch Kinder, die bei den Müttern selbst in Pflege bleiben; er stellt freien Arzt und Arznei und überwacht die Pflege durch Aufsichtsdamen. — In ähnlicher Weise wie der Berliner Kinderschutzverein giebt auch der Kleinkinder-Rettungsverein zu Stuttgart Kinder in Pflege (1889/90 85 Kinder).

Von ausländischen Einrichtungen zum Schutze der Haltekinder erwähnen wir die 13 Sociétés protectrices de l'enfance in Frankreich. Wenn auch die Loi Roussel die Haltepflege in ausgedehnter Weise überwacht, verlangt die materielle Lage der Haltekinder doch oft genug noch eine Unterstützung, ohne welche die Ueberwachung keine großen Erfolge erzielen kann. Die Société protectrice unterstützt und überwacht die Kinder, welche ihr anvertraut sind, möglichst ausgedehnt; sie bringt Vergehen der Pflegemütter zur Anzeige, wie sie andererseits gute Pflegemütter prämiiert. Die Pariser Gesellschaft verausgabte im Jahre 1892 36 225 frcs. und zwar z. T. als Beihilfe zum Stillen, z. T. in Form von Fleisch, Milch, Wäsche und Kinderwiegen. Sie unterstützte innerhalb von 3 Jahren 4762 Familien.

Die Praemieselskabet for Plejemödie in Kopenhagen verteilt an gute Pflegemütter Prämien (im Jahre 1889 2002 M.) und sucht hierdurch die Pflege der Haltekinder zu verbessern. (Eine ähnliche Gesellschaft besteht in Odense.)

Wir hätten hiermit in Kürze die Gesetzgebung, sowie die behördlichen und privaten Einrichtungen namhaft gemacht, welche Ueberwachung und Schutz der in entgeltliche Pflege gegebenen Kinder bezwecken. Es wären jetzt noch die allgemeinen Regeln und Bedingungen anzugeben, durch deren Beachtung sich die Ueberwachung möglichst nutzbringend gestalten läßt.

Wenn ein Kind in Pflege gegeben wird, müssen seine persönlichen und Familienverhältnisse, soweit möglich, auf das eingehendste festgestellt werden, um auf der einen Seite zu erkennen, in welcher Richtung die Pflege zum Nutzen des Kindes einzurichten ist, und auf der anderen Seite die Resultate der Pflege durch Vergleich mit dem bei Beginn der Pflege vorhandenen körperlichen und geistigen Zustand des Kindes möglichst sachlich beurteilen zu können, schließlich auch um einer ungünstigen Einwirkung des Pflegekindes auf die Familie der Pflegeeltern rechtzeitig vorzubeugen. Es sind bezüglich der Verhältnisse der Familie des Pflegekindes folgende Fragen zu stellen: Ist bei den Geschwistern, den Eltern und ihren Eltern und Geschwistern Neigung zum Begehen von Vergehen und Verbrechen, zur Trunksucht oder andern Lastern vorhanden? Besteht bei ihnen eine Disposition zu Geistes- und Nervenkrankheiten oder ungewöhnlichem geistigen Verhalten, zu Tuberkulose und Skrofulose sowie zu Rheumatismus und Herzkrankheiten? Besteht bei den Geschwistern eine Neigung zu Diphtherie oder anderen Halserkrankungen? Für die Person des Pflegekindes selbst sind festzustellen: die bisherige Erziehungs- und Ernährungsweise, die moralischen und geistigen Eigenschaften, soweit sie nach oben oder unten hin bisher bei dem Kinde besonders hervortraten, die Krankheiten, die es durchgemacht hat. Anzuschließen an diese Erhebungen ist bei der Uebergabe in die Pflege eine genaue Feststellung derjenigen Punkte, welche über den körperlichen Zustand, über Charakter und Intelligenz deutliche Auskunft geben. Wird ein Säugling in Pflege gegeben, so ist ganz

besonders zu beachten, ob die Eltern oder Geschwister tuberkulös oder syphilitisch sind, ob das Kind rechtzeitig geboren ist, wie es ernährt ist, und ob es Neigung zu bestimmten Krankheiten, besonders zu Darmkrankheiten und Krämpfen gezeigt hat; bei der Aufnahme ist auf Rhachitis, Drüsenschwellungen und Zeichen von Syphilis zu fahnden und der Entwickelungs- und Ernährungszustand (an Körperlänge und Gewicht gemessen) zu notieren.

Von der gewissenhaften Erfüllung dieser Forderungen hängt viel ab; man kann unter Rücksicht auf diese Daten Pflegeeltern und Wohnung zweckmäßig auswählen und einer falschen Erziehung und dem Ausbruch derjenigen Krankheiten, die im Einzelfall besonders zu fürchten sind, vorbeugen. Andererseits läßt sich bei dem Eintritt besonderer Zufälle besser beurteilen, wie weit die Pflegeeltern hierbei eine Schuld trifft.

Die überwachenden Besuche sind nicht zu einer vorher bekannten Zeit, jedoch so, daß das Kind hierbei besichtigt werden kann, vorzunehmen. Die Aufsichtsperson muß die bei der Aufnahme festgestellten Verhältnisse, über die wir eben sprachen, im Gedächtnis haben und sich außerdem über die während der Pflege eingetretenen Ereignisse schnell und zuverlässig — am besten an der Hand authentischer Notizen, z. B. von der Hand des Arztes — unterrichten können. Sie muß beim Eintritt in die Pflegeräume sofort das Kind aufsuchen, um zu erkennen, wie es gehalten, und wie es, falls es größer ist, beschäftigt ist. Dann wird der Zustand der Wohnung und der Insassen (bei letzteren mit Beachtung ihrer Anzahl) gemustert, und erst hiernach in die Besprechung mit den Pflegeeltern eingetreten. Die kontrollierende Person hat folgende Punkte bei dem Besuch besonders ins Auge zu fassen: Entwickelung und Ernährung des Kindes, Reinlichkeit, Lagerstätte, Kleidung, Wäsche; Beschäftigung außerhalb der Schule, den Schulbesuch, das Verhältnis zwischen Pflegeeltern und Pflegekind und schließlich die Lebenshaltung des Kindes (nach dem Ausspruch der Pflegeeltern, dem Zeugnis des Lehrers, nach eigenen Wahrnehmungen und fremden Mitteilungen [Hauser[4], p. 85]).

Hiervon abgesehen, ist bei jedem Besuche festzustellen, ob die Verhältnisse der Pflegeeltern und ihrer Wohnung sich mittlerweile in irgend einer Richtung geändert haben. Die Aufsichtsperson muß ihre Beobachtungen niederschreiben; durch Erteilung einer Note (welche der Pfleger übrigens nicht erfahren soll) werden, wenn auch einige Willkür hierbei mitspielt, die Ergebnisse der verschiedenen Besuche leichter vergleichbar.

So wesentlich für die Güte einer Pflegestelle auch die häufige und sorgfältige Kontrolle ist, so bleibt ein voller Erfolg trotzdem meist aus, wenn die Leistungen der Pflegeeltern nicht entsprechend bezahlt werden. Ja, es kann die Aufsicht überhaupt nicht mit der nötigen Entschiedenheit ausgeführt werden, wenn man mangels materieller Mittel die Erfüllung berechtigter Forderungen nicht beanspruchen kann. Es ist daher besonders in der Haltepflege der Erfolg der Ueberwachung nur beschränkt, und die Befugnis der Aufsichtsorgane, Anordnungen zu treffen und erforderlichen Falls das Kind aus der Pflege zu entfernen, nicht immer für die Besserung der Pflege so erfolgreich, als man erwarten sollte. Will man daher die Pflege eines Kindes soweit möglich sichern, so ist es nötig, außer

der Ueberwachung des Pflegeverhältnisses die materielle Lage des Pfleglings zu sichern.

Nur selten sehen wir durch die aufsichtsführenden Behörden und Vereine eine freiwillige Ergänzung des Pflegegeldes: hier ist es wieder wesentlich Frankreich, welches durch seine Sociétés de Protection in dieser Richtung wirkt; während die Bemühung des Berliner Kinderschutzvereins, aus eigenen Mitteln das fehlende Pflegegeld zu ergänzen, in Deutschland vereinzelt dasteht. Der Zahlung von Prämien an die Pflegemütter, die etwas häufiger ist, der Verabreichung von etwas Wäsche und dergl., kann wohl bei ungeordneter Pflegegeldzahlung kaum ein erheblicher Wert zukommen, es sei denn, daß diese Einzelgaben, im besonderen die Prämien häufig und in einer Höhe, welche für die Empfänger schon von Bedeutung ist, verteilt werden.

Vor allem sollte die Behandlung im Krankheitsfall von materieller Behinderung unabhängig gestellt werden. Bei der behördlichen Familienpflege dürfte wohl auch überall mehr oder weniger für die Krankenbehandlung gesorgt sein: die Pflegekinder werden in Deutschland von den Armen- und Bezirksärzten, in Italien werden die Kinder der Annunziata von den medici condotti behandelt; in Frankreich sind Aerzte für die einzelnen Agences angestellt, welche im besonderen die Säuglinge in den ersten 3 Monaten alle 10 Tage zu besuchen haben. Wo die Pflegekinder im Bereich der Mutteranstalt wohnen, wie in Konstantinopel und in New York, ist die Gewährung ärztlicher Hilfe verhältnismäßig einfach, z. B. werden im New York Foundling Asylum die kranken Findlinge ambulatorisch behandelt und finden nötigen Falls Aufnahme in die Krankenabteilung des Asyls.

Hingegen ist für die Behandlung der kranken Haltekinder — außer in Frankreich — nur sehr selten Fürsorge getroffen, obgleich Erkrankungen bei den Mängeln in der Pflege sehr häufig und die Kosten für die ärztliche Behandlung aus dem Pflegegeld nur selten zu bestreiten sind. In Leipzig hat das Armenamt die Armenärzte mit der Behandlung der Ziehkinder beauftragt, im Bonner Kinderschutzverein befaßt sich ein Arzt freiwillig hiermit, und ebenso haben dem Berliner Kinderschutzverein eine Anzahl Aerzte ihre Kraft zur Verfügung gestellt.

Bei einem Vergleich der an die Außenpflege zu stellenden Forderungen mit den thatsächlichen Leistungen findet sich, daß auf diesem außerordentlich umfangreichen Gebiete die Summe der Leistungen eine große ist und der Zweck, einen gesunden Menschen heranzuziehen, der, durch familiäre Beziehungen an die bürgerliche Gesellschaft angeschlossen, in derselben seinen Platz auszufüllen in der Lage ist, häufig erreicht wird. Im einzelnen freilich finden sich oft erhebliche Mängel in der Ueberwachung und demgemäß in der Pflege selbst. Diese Lücken treten besonders in der Haltepflege hervor, für welche sich die staatlichen und Armenbehörden meist nur zögernd zu interessieren beginnen; indem sie die Haltepflege bestimmten Bedingungen unterwerfen, erreichen sie nur einen halben Erfolg; nur wenn die Haltepflege — freilich nur bedingt — als ein besonderer Teil der Armenpflege anerkannt wird, kann eine wesentliche Besserung erwartet werden.

Es ist dies in Deutschland zum erstenmal in Leipzig und einigen anderen Städten Sachsens geschehen. Mit der Ueberwachung wird hier gleichzeitig unentgeltliche ärztliche Behandlung gewährt und vor allem durch Unterstützung der unehelichen Mutter bei der Beanspruchung von Alimenten die Zahlung des Pflegegeldes erleichtert.

Anhang.

Ammenwesen.

Gelegentlich der entgeltlichen Kinderpflege wäre noch das Ammenwesen vom Standpunkte der öffentlichen Gesundheitspflege zu beleuchten.

Indem die Amme einem fremden Säuglinge die Brust reicht, entzieht sie dem eigenen Kinde die ihm von der Natur bestimmte Nahrung. Der Schaden, den hierdurch das letztere nimmt, ist um so größer, je geringer das Verständnis für die künstliche Fütterung des Säuglings ist. Es ist die Feststellung Bertillon's bekannt, daß in der Loire-inférieure 90 Proz. von den Kindern, deren Mütter Ammendienste thaten, im 1. Lebensjahr starben. (Vergl. auch Monot bei Roussel[1] p. 92.) Die Ammenindustrie hat überall ähnliche Folgen. Um von russischen Verhältnissen zu sprechen, so wächst in Finnland bei den Kindern, deren Mütter nach Petersburg in Ammendienste gehen, die Sterblichkeit entsprechend im 2. und 3. Monat (Westerlund[10]). Zur Beschwichtigung des öffentlichen Gewissens wird häufig geltend gemacht, daß die Ammenkinder durch den reichlichen Verdienst der Mütter eine gute Pflege erhalten können, während sie sonst in schlechter Pflege verkommen würden. Es trifft dies aber wesentlich nur für diejenigen Ammenkinder zu, deren Mütter unverheiratet sind, und auch hier handelt es sich nicht um ein Naturgesetz, sondern um soziale Verhältnisse, die, wie wir später sehen werden, der Beeinflussung nicht unzugänglich sind. Es ist daher nur billig, zu verlangen, daß das eigene Kind der Amme keinen Schaden nimmt: unter Verhältnissen, unter denen vorläufig das Stillen des eigenen Kindes nicht zu erreichen ist (z. B. bei den unehelichen Müttern in Deutschland), sollte die Erlaubnis zum Ammengewerbe mindestens von dem Nachweise abhängig gemacht werden, daß für die Verpflegung des eigenen Kindes in entsprechender Weise Vorsorge getroffen ist (Pfeiffer[11] p. 294). Wo aber nichts hindert, das eigene Kind zu stillen, wie z. B. bei der großen Menge der verheirateten Frauen, welche (außerhalb Deutschlands) vom Lande kommen, um sich in der Stadt ein Kind zum Stillen zu holen, sollte das eigene Kind eine Mindestzeit gestillt sein, bevor es durch einen anderen Säugling verdrängt wird. Der Kompromiß, dem Ammenkinde gleichzeitig mit dem eigenen die Brust zu reichen, ist nicht zu empfehlen, da hierbei gewöhnlich eins von beiden Kindern, meist das fremde, zu kurz kommt. Hingegen hat das Stillen eines Kindes nach dem anderen bei geeigneten Ammen keine physiologische Schwierigkeit, wie dies schon aus der vielfach verbreiteten Sitte, das Säuglingsgeschäft jahrelang bei demselben Kinde oder hintereinander bei eigenen oder fremden Kindern fortzusetzen, hervorgeht. Demgemäß wurde in Frankreich schon durch Ordonnanz vom Jahre 1762, später durch Gesetz vom 23. Dez. 1847 (Art. 8)[12] bestimmt, daß jede Amme ein Zeugnis darüber beibringen muß, daß ihr Kind über 7 Monate alt ist. Man hat später sogar wiederholt die Zahl der Monate erhöht; die

Innehaltung dieser Bestimmungen ist freilich im ganzen immer an der Eigensucht, welche den anbietenden und nachfragenden Teil in der Ammenindustrie erfüllt, gescheitert. Daß trotzdem an und für sich eine derartige Forderung durchführbar ist, sehen wir z. B. beim Findelhaus von Bologna (Berti[13]), sowie in Konstantinopel (Zavitziano[14]), wo Findlinge nur solchen Frauen anvertraut werden, deren eigenes Kind gestorben oder (laut amtlichem Zeugnis) 1-jährig, bezw. in Konstantinopel 11 Monate alt ist. (Aehnlich bei der Annunziata in Neapel.)

Ein anderer wunder Punkt im Ammenwesen ist die Möglichkeit der Uebertragung ansteckender Krankheiten, vor allem der Syphilis. Wo eheliche Kinder durch uneheliche Mütter gestillt werden (wie in Deutschland), ist die Ansteckung des Kindes zu fürchten, umgekehrt da, wo verheiratete Frauen Findlinge stillen, die Ansteckung der Frauen. Der letztere Fall ist praktisch wichtiger, weil die Syphilis unter den Findelkindern sehr häufig zu sein pflegt (5 Proz in der Annunziata in Neapel im Jahre 1890; 8 Proz. im Moskauer Findelhaus bis zum Jahre 1893) und weil die Findelkinder meist auf dem Lande gestillt werden, wo die Feststellung der Krankheit nicht sogleich erfolgen kann und infolgedessen die Krankheit in der Familie der Ammenmutter um sich zu greifen Gelegenheit findet.

So wurden z. B. 1883/84 20 Kinder wegen Syphilis aus der Landammenpflege in das Findelhaus von Bologna zurückgebracht: es zeigte sich, daß eine Amme ein scheinbar gesundes Findelkind erhalten hatte, bei welchem nach einigen Monaten die Syphilis zum Ausbruch gekommen war, und daß die gleiche Amme ab und zu auch anderen Findelkindern die Brust gereicht hatte (Concetti[15]).

Dieser schweren Gefahr sucht man in den Findelanstalten dadurch möglichst vorzubeugen, daß man Kinder, welche syphilitisch oder der Syphilis verdächtig sind, nicht in häusliche Pflege weiter giebt, sondern zunächst in der Anstalt behält: hier werden sie auf besonderen Abteilungen verpflegt und, was das Beste ist, durch die eigenen Mütter gesäugt. Ist dies nicht möglich, so ist von der Brustnahrung abzusehen — auch bei bloßem Verdacht auf Syphilis — und die künstliche Ernährung einzuleiten.

Im allgemeinen findet unter Verwendung von Kuhmilch Flaschenernährung statt, in Paris legt man seit Parrot die Kinder an das Euter von Eselinnen, die zu diesem Zwecke in der Nourricerie de l'Hospice gehalten werden (Sterblichkeit der manifest Syphilitischen hierbei im Jahre 1889 81 Proz.[16], im Jahre 1892 100 Proz.![17]). Die Ueberlebenden werden seit Beginn des Jahres 1893 in die vorstädtische Abteilung von Châtillon geschickt und nach Heilung in Brustpflege gegeben. In der Pflege werden (seit 1890) alle Kinder bis zu 3 Monaten alle 10 Tage, nötigenfalls auch öfter, durch Aerzte besichtigt und, sobald sich Zeichen von Syphilis zeigen, von der Brust abgesetzt. Trotz solcher Vorsichtsmaßregeln ist aber die Ansteckung von Ammen nicht gänzlich zu vermeiden; in Russland werden in 0,15 Proz. aller Fälle die Ammen von Findelkindern angesteckt[18], im Seine-Département während des Stillens verdächtiger Kinder sogar 12 Proz.[17] (p. 39), sodaß man bei solchen von Brusternährung besser ganz absehen sollte.

Am leichtesten läßt sich bei dem österreichischen System eine Ansteckung vermeiden, da man den Gesundheitszustand der Mutter kennt

und bei Verdacht auf Syphilis das Kind zunächst durch sie selbst in der Anstalt säugen lassen kann (siehe auch Raudnitz[25]).

Einen durchaus folgerichtigen Standpunkt nimmt das dänische Gesetz vom 10. April 1874 ein, welches sowohl denjenigen bestraft und für den Schaden haftbar macht, der ein fremdes Kind säugt, obgleich er weiß oder voraussetzt, daß er syphilitisch ist, wie auch denjenigen, welcher ein Kind einer Amme giebt, obgleich er weiß oder vermutet, daß dasselbe syphilitisch ist, und schließlich den, der ein syphilitisches Kind in Pflege giebt, ohne die Pflegeeltern hierüber aufzuklären. Die Bestimmungen treffen auch die öffentlichen Behörden, welche Kinder zu Ammen oder in Pflege geben. Ein Kind wird als verdächtig betrachtet auch bei Mangel von Symptomen, wenn die Mutter jetzt Zeichen von Syphilis hat oder früher hatte und das Kind noch nicht 3 Monate alt ist.

Die Zahl der bei den Eltern durch Ammen aufgezogenen Kinder ist nur eine beschränkte. Insofern hier gewöhnlich ein gewisser Grad von Wohlhabenheit vorhanden ist, welcher es den Eltern möglich macht, auf eigene Kosten die Ammen untersuchen und beaufsichtigen zu lassen, ist man neuerdings in Deutschland nur noch wenig geneigt, dem Staat die Pflicht zur Beaufsichtigung des Ammenwesens aufzuerlegen. Es besteht eine öffentliche Beaufsichtigung des Ammenwesens zur Zeit wohl nur in Hamburg (Schmalfuß[19]). In Oesterreich haben auch jetzt noch die Findelanstalten die Nebenaufgabe, Privaten Ammen zu liefern, in Rußland giebt es sogar ein Asyl mit dem Hauptzweck, die Bewohner St. Petersburgs mit zuverlässigen Ammen zu versorgen (Asyl des Grafen A. G. Kuscheleff-Besborodko [Hoerschelmann[20]]).

β) Pflege durch die Mutter.

Die natürlichste Form der entgeltlichen Verpflegung ist diejenige, welche in der eigenen Familie stattfindet. Die äußeren Bedingungen der Pflege sind hier freilich, besonders in gesundheitlicher Beziehung, gewöhnlich ungünstiger als bei der entgeltlichen Pflege durch Fremde, vor allem als bei Anstaltsbehandlung, da die Gründe, welche eine öffentliche Fürsorge für das Kind erheischen, in der Regel in der ungünstigen materiellen Lage der Familie gegeben sind. Die nachgewiesene Unzulänglichkeit der Verhältnisse wird sich weder durch das Pflegegeld noch auch durch Ueberwachung der Pflege, welche zudem den Angehörigen des Kindes gegenüber schwer durchführbar ist, gründlich bessern lassen. Trotzdem hat diese Pflege in mancher Hinsicht ihre unersetzbaren Vorteile, und günstige Verhältnisse vorausgesetzt, wird das Kind durch die der Mutter gewährte Unterstützung in die denkbar besten Verhältnisse versetzt; es wird mit der ganzen Zärtlichkeit und Hingebung gepflegt, welche Mutterliebe gewähren kann; es wird im besonderen an der Mutterbrust genährt und hierdurch vor den Gefahren geschützt, die in hohem Maße sein Leben bedrohen. Für die unverheiratete Mutter kommt hinzu, daß, abgesehen von dem besseren Gedeihen des Kindes, sie selbst durch die Pflege moralisch gestärkt und vor einem neuen Fehltritt bewahrt wird.

Auf einem eigentümlichen Umwege hat die Unterstützung der Mütter bei der Pflege ihrer Säuglinge in den Staaten mit Findelpflege Eingang gefunden. Hier erkennt, wie schon erwähnt, der Staat eine Verpflichtung an, für die unehelichen Kinder zu sorgen, und verspricht den ledigen Müttern eine zeitweilige Unterstützung bei der Aufziehung der Kinder, wofern sie davon absehen wollen, ihn selbst

mit der kostspieligen Aufziehung des Kindes zu belasten. Dieser „secours temporaire“ hat nicht nur die Gefahren für die öffentliche Moral, welche mit einer jeden Vergebung öffentlicher Mittel, wenn sie ohne Rücksicht auf Würdigkeit und Bedürftigkeit unterschiedslos erfolgt, verbunden sind, sondern begünstigt auch in der verschiedensten Weise die Unsittlichkeit der Mütter, welche er unter Umständen öffentlich zu prämiieren scheint. Andererseits sichert er nicht ohne weiteres eine sorgfältige Erziehung der Säuglinge. Erste Bedingung für eine wohlthätige Wirkung des secours temporaire wäre, daß er nicht grundsätzlich als Abfindungssumme des Staates an jede uneheliche Mutter, sondern vielmehr nur als Unterstützung im Falle nachgewiesener Bedürftigkeit und Würdigkeit gewährt wird. Hiermit ergiebt sich alsdann für die Mutter sowohl die Notwendigkeit einer gesitteten Lebensweise, wie auch die Verpflichtung, das Geld zum Wohle ihres Kindes zu verwenden. Daß die Voraussetzungen der Unterstützung erfüllt werden, ist durch eine fortgesetzte und sorgfältige Ueberwachung festzustellen. Die Gewährung des secours temporaire erfolgt leider noch nicht immer in diesem Sinne. Die Bedürftigkeit mag zwar in der Regel zur Voraussetzung gemacht werden, aber es wird häufig nicht genügend betont, daß das Pflegegeld zum Wohl des Kindes zu verwenden ist. Anstatt ihr Kind selbst zu stillen — was als hygienischer und ethischer Endzweck der Unterstützung betrachtet werden sollte — geben die Mütter das Kind oft in fremde Pflege, um selbst als Amme oder in anderer Weise ihren Lebensunterhalt zu verdienen; und selbst wenn das Kind bei der Mutter bleibt, erhält es oft keine entsprechende Pflege, sodaß man sich in Frankreich, um ihm die Mutterbrust zu sichern, vielfach noch zu einem Zuschlag zu der von vornherein bewilligten Unterstützung entschlossen hat.

Wenn die Unterstützung der Mütter oft ihren Zweck nicht erreicht, so liegt dies z. T. an den verfehlten Voraussetzungen, unter denen die Beihilfe von der Behörde gegeben und von der Mutter beansprucht wird, zum anderen Teil sind die Unterstützungen nicht immer ausreichend, um der Mutter eine durchgreifende Hilfe bei der Aufziehung des Säuglings bez. in den ersten 3—5 Lebensjahren des Kindes zu gewähren (siehe über secours temporaires Lallemand[28], Drouineau[41], Congrès[9 12]).

Wir geben im folgenden an, in welcher Höhe die einzelnen Anstalten den Müttern monatliche Beiträge zur Aufziehung der Kinder leisten:

die Maternité in Kopenhagen für das 1. Kind 6,4 M. während des 1. Jahres, für das 2. Kind 6,4 M. während 6 Monate[1] (p. 388);
das Findelhaus in Moskau 20,25 M. im 1. Jahr, 13,5 M. im 2. Jahr, 6,75 M. im 3. Jahr;
die Findelanstalt in Portugal 7,2 M. während des Stillens;
die Assistance publique je nach den Départements und dem Einzelfall 5,6—16 M. (im Seine-Département 12—28,8 M., am häufigsten 16 M.; in der Charente-Inférieure im 2.—4. oder 5. Jahr 4 M. per Monat);
das Findelhaus in Prag 6,8 M. im 1. Jahr, 4,52 M. im 2. Jahr, im 3.—4. Jahr 3,4 M.

Für die Beurteilung dieser Pflegesätze darf man nicht ins Feld führen, daß — außer in Dänemark — die Mutter das Kind nicht bei sich zu behalten braucht, sondern es, wenn ihr bei diesen Sätzen die

Pflege nicht möglich ist, den öffentlichen Behörden überlassen kann. Handelt es sich doch darum, ob, wenn die Mutter das Kind behält, diese Sätze hinreichen. Allgemein kann man diese Frage nicht beantworten, da die nötigen Pflegesätze, nach den Grundsätzen der individualisierenden Armenpflege bemessen, in weiten Grenzen schwanken müssen. Dort freilich, wo sie ein für allemal und zwar ziemlich niedrig festgesetzt sind — wie in Dänemark, wo außerdem eine Abgabe des Kindes an eine Findelanstalt nicht möglich ist — darf man von vornherein vermuten, daß die Unterstützung ihren Zweck nur unvollkommen erreichen wird (siehe später).

Man könnte wohl glauben, den Pflegesatz daraufhin niedriger als bei Kostpflege ansetzen zu können, weil die eigene Mutter an dem Gedeihen des Kindes ein natürliches Interesse hat und deshalb durch persönliche Einschränkung das zur Pflege Nötige ergänzen wird. Aber gerade umgekehrt wird die Mutter durch die Pflege ihres Kindes in der Erwerbsfähigkeit beeinträchtigt, sodaß sie, wenn sie ohne sonstige Hilfsmittel ist, sogar noch zum eigenen Lebensunterhalt einer Beihilfe bedürfen wird. In solchen Fällen wird das Pflegegeld nicht nur entsprechend hoch zu bemessen, sondern auch im voraus und in häufigen Raten auszuzahlen sein.

Schon die Abstufungen in der Bedürftigkeit und ebenso die Verschiedenheit in der sittlichen Qualifikation erfordern eine sehr eingehende Prüfung bei der Bewilligung von Aufziehungsgeldern an uneheliche Mütter, sowie eine fortgesetzte sorgfältige Kontrolle über die Verwendung der Pflegegelder und über die Verhältnisse der Mütter. Aber selbst dann bleibt noch der Vorwurf gegen die den unverheirateten Müttern bewilligte Beihilfe bestehen, daß diese gegenüber armen Familienmüttern bevorzugt werden. — Ist dieser Vorwurf vom hygienischen Standpunkt aus leicht mit Berufung auf die besonders hohe Sterblichkeit der unehelichen Säuglinge zurückzuweisen, so würde doch von dem gleichen Standpunkt aus in der That auch bei der Aufziehung der ehelichen Kinder und im besonderen der Säuglinge eine Unterstützung in mindestens gleicher Weise unter Umständen angezeigt erscheinen. Man wird daher den einseitigen Standpunkt, der bei den romanischen Völkern zu Gunsten der Unehelichen hervorgekehrt wird, aufgeben und die individualisierende Armenpflege unter Anerkennung der Thatsache ausüben müssen, daß die Ernährung und Pflege durch die Mutter für den Säugling naturnotwendig und darum unter allen Umständen zu gewährleisten ist.

Die Ausdehnung der secours temporaires an uneheliche Mütter, die sich meist mit Aufhebung der Drehlade eingeführt haben, ist bei den romanischen Völkern in stetem Wachsen. Wir erwähnen hier genauer die Unterstützung der Mütter, wie sie im Seine-Département stattfindet.

Der Conseil général des Départements hat im Prinzip anerkannt, daß jedwede Frau, wenn sie durch das Familienhaupt nicht verlassen ist, durch das Bureau de bienfaisance, und jede Frau, welches auch ihre gesetzliche Lage sei, wenn sie von dem Familienhaupt verlassen ist, durch die Assistance des Départements zu unterstützen ist. Zur Klasse der verlassenen Mütter sind auch die Witwen mit mehreren Kindern zu rechnen. Zur Ueberwachung werden Damen delegiert. Im Jahre 1892 wurden allein von der Assistance publique 822 000 frcs. an bedürftige Mütter

verteilt, und zwar wurde 31 378 Gesuchen entsprochen (bei einem Teil der Gesuche handelt es sich um Fortsetzung schon begonnener Unterstützung). Die Unterstützungen fanden folgende Verwendung: 1) es wurden Kinder während des 1. Jahres zu Ammen auf das Land gegeben (32 eheliche, 12 uneheliche); 2) es erhielten 472 Waisen in Familienpflege Unterstützung; 3) es wurden 85 Mütter mit ihren Kindern in ihre Heimat bez. zu ihrer Familie zurückgeschickt; 4) es erhielten ca. 10 430 meist ledige Mütter eine Unterstützung, um ihre Kinder aufzuziehen[17]. Es wurde diese Unterstützung an 3113 Mütter gewährt, von denen ca. 2859 ihre Kinder selbst säugten; übernommen aus dem Vorjahr wurden 2699, sodaß die Summe der unterstützten 5812 betrug; die meisten Mütter erhielten 16 M. monatlich. 638 Kinder wurden schließlich trotz des secours der Findelanstalt übergeben. Im ganzen wurde im Jahre 1892 bei 3900 die Beihilfe wieder ausgesetzt und zwar bei 2240, weil die Unterstützungsfrist abgelaufen war. Außerdem erhielten vorübergehend eine einmalige oder wiederholte Unterstützung von 10—30 M. 1820 ledige Mütter, sowie eine meist einmalige Unterstützung, um das Kind zu einer Amme zu geben, 2798 ledige Mütter (28—36 M.).

γ) Unentgeltliche Pflege durch Verwandte oder Fremde.

Schließlich wäre noch bei der offenen Pflege mit wenigen Worten der unentgeltlichen Familienpflege zu gedenken. Besonders in den Ländern, welche keine öffentliche Findelpflege haben, ist es sehr gewöhnlich, daß die unehelichen Kinder bei ihren Großeltern oder anderen Verwandten der Mutter aufgezogen werden. Mag auch die Mutter hierbei, soweit es in ihren Kräften steht, zur Deckung der Kosten beitragen, so ist diese Pflege doch im wesentlichen als unentgeltliche aufzufassen. Der Wert dieser Pflege wird sehr wechseln; in seltenen Fällen mag eine absichtliche Vernachlässigung des Kindes eintreten, im allgemeinen wird es das Kind so gut oder schlecht haben, als es der Lebensstellung der Pflegeeltern entspricht; auf dem Lande scheint z. B. im Königreich Preußen — nach den Sanitätsberichten der verschiedenen Regierungsbezirke zu schließen — die Lage dieser Kinder keine besonders ungünstige zu sein, besonders wenn die Mutter als Amme dient und dadurch reichlich beisteuern kann, während in den großen Bevölkerungscentren das uneheliche Kind unter dem Drucke der elenden Verhältnisse, in denen es lebt, oft hinsiecht oder erliegt.

Ueber die Häufigkeit der Pflege durch Angehörige macht u. a. E. Wolff für den Regierungsbezirk Merseburg Angaben. In den Jahren 1888—1890 betrug hier die Zahl der Ziehkinder unter 6 Jahr 3983, von denen 40,9 Proz. in den Städten und 59,1 Proz. auf dem Lande waren; von der ersteren Gruppe waren 36 Proz., von der letzteren 73 Proz. bei den Angehörigen untergebracht. Von den bei Angehörigen verpflegten Kindern starben in den ersten 3 Jahren 25,8 Proz., von den bei Fremden verpflegten 37,3 Proz.; doch meint der Bericht, daß das Sterblichkeitsverhältnis mehrfach nicht zuverlässig sei.

In Rücksicht hierauf hat man die bei Verwandten verpflegten Kinder zuweilen ebenso wie die Haltekinder unter behördliche Auf-

sicht gestellt, im allgemeinen aber werden sie mangels einer dahin gehenden Reklamation weder als aufsichts- noch als unterstützungsbedürftig betrachtet.

Günstiger sind gewöhnlich die Kinder daran, welche bei Fremden unentgeltlich verpflegt werden. Zunächst ist es schon nicht ganz selten, daß Haltekinder bei den Pflegeeltern trotz Ausbleibens des Pflegegeldes verbleiben und selbst als eigen angenommen werden; noch um vieles häufiger ist es bei den Findelkindern, daß sie zur Familie der Pflegeeltern zählen und von ihnen unentgeltlich verpflegt, unter Umständen selbst adoptiert werden. Manche Findelanstalten, wie z. B. die in Moskau, rechnen geradezu mit dieser Wahrscheinlichkeit, und ebenso ist in Spanien, Rumänien, Griechenland die Adoption des Findelkindes sehr gewöhnlich; selbst bei der österreichischen Findelpflege, welche den Zusammenhang von Kind und Mutter nur örtlich und nur vorübergehend aufhebt, bleiben von 100 Kindern noch 38 bei den Pflegeeltern als eigen (Epstein[85]).

Während sich in diesen Fällen die entgeltliche Verpflegung in eine unentgeltliche umwandelt, nachdem sich im Laufe der Zeit um Pflegeeltern und Pflegekind das Band der Gewöhnung und gemütlicher Beziehungen geschlungen hat, werden in anderen Fällen fremde Kinder angenommen, damit sie in der Familie eine Lücke ausfüllen, die schon immer bestand oder durch den Tod gerissen ist.

Das New York Foundling Asylum hat in den letzten 12 Jahren mehr als 6000 seiner Kinder von 3—4 Jahren in Familien untergebracht. Die Children's Aid Society hat seit 1853 84318 Kinder jeden Alters untergebracht, unter ihnen viele jüngere Kinder, welche im Westen und Süden der Vereinigten Staaten Pflegeeltern fanden. Es hat sich sogar in den Vereinigten Staaten eine Children's Home Society (National, mit dem Hauptsitz in Chicago) gebildet, deren ausschließlicher Zweck es ist, bedürftige und familienlose Kinder in eine angenehme und gut eingerichtete Häuslichkeit zu versetzen. Die Kinder werden zunächst in das Temporary Home aufgenommen und von dort in behutsamer Weise Pflegeeltern überlassen. Diese können das Kind probeweise 90 Tage behalten und es dann durch Adoption oder durch einen besonderen Kontrakt übernehmen, welcher dem Kinde eine liebevolle und gute Pflege während seiner Jugend sichert. Die Gesellschaft hat im Jahre 1892/93 779 Kindern ein Heim verschafft.

Die Uebernahme eines Kindes sichert nicht ohne weiteres eine gute Behandlung: es können egoistische Zwecke zur Uebernahme veranlassen oder, es braucht, wenn selbst dies nicht zutrifft, das Gefühl der Zuneigung doch nicht lebhaft genug oder von Dauer zu sein. Das Kind wird dann über seine Kräfte ausgenutzt oder auch — schnell an übermäßige Bedürfnisse gewöhnt — grausam in sein altes Elend zurückgestoßen. Es ist daher eine sorgfältige Auswahl der Adoptiveltern, welche sich am besten eines mittleren Wohlstandes erfreuen, nötig und ebenso eine zwar diskrete, aber gewissenhafte Ueberwachung der Pflege — besonders wenn eine Uebernahme des Kindes durch Leute, die ihm bisher völlig fremd waren, stattfindet. Wenn bei der Adoption alles günstig zusammentrifft, so wird dem Kinde zweifellos hierdurch der bestmögliche Ersatz für die eigene Familie gegeben, der unter Umständen in materieller und gemütlicher Hinsicht noch

über das hinausgeht, was ihm von den eigenen Eltern hätte geboten werden können.

c) Vergleich der Pflegemethoden.

Die Erfolge der verschiedenen Verpflegungsmethoden zahlenmäßig miteinander zu vergleichen, hat seine unüberwindlichen Schwierigkeiten. Zunächst muß jede der Methoden verschiedene Erfolge geben, je nachdem sie mehr oder weniger zweckmäßig gehandhabt wird, dann müssen aber auch die örtlichen und zeitlichen Verhältnisse die Ergebnisse in einer bestimmten Weise beeinflussen, so daß ein Vergleich der Einrichtungen verschiedener Länder — besonders wenn es sich um verschiedene Jahrgänge handelt — nicht zu ganz richtigen Schlüssen führen kann. Die Hauptsache ist aber, daß die Zahlen, welche wir benutzen können, nicht auf die gleiche Art gewonnen sind und sich bei ihnen häufig Fehler der statistischen Berechnung einschleichen, die schwer erkennbar und, wenn bemerkt, schwer zu verbessern sind.

Um diese Schwierigkeiten an einem Beispiel zu erörtern, so könnte man geneigt sein, die Erfolge der entgeltlichen Außenpflege gegenüber der Eigenpflege für uneheliche Kinder dadurch zu bestimmen, daß man die in der Pflege beobachtete Sterblichkeit mit der Sterblichkeit aller unehelich Geborenen des gleichen Landes vergleicht (siehe hierüber Pettenkofer[42]). Nun kommen aber die Kinder erst in einem gewissen und zwar wechselnden Alter in Pflege, so daß sie die höchste Gefährdung in den ersten Lebenstagen schon mehr oder weniger weit hinter sich haben, auch treten sie z. T. schon wieder aus der Pflege, bevor das Alter, welches verglichen werden soll, vollendet ist; und zwar erfolgt der Austritt aus der Pflege zuweilen sogar deshalb, weil die Kinder bei Erkrankung in ein Krankenhaus oder wieder zu den Eltern gebracht werden, ohne daß der hier eintretende Tod zu Lasten der Pflege geschrieben wird. Neben diesen materiellen Irrtümern laufen dann Rechenfehler der Art einher, daß durcheinander einmal die Sterblichkeit auf alle im Jahr Verpflegten, ein anderes Mal auf die gleichen, abzüglich der im gleichen Jahr Ausgetretenen, ein drittes Mal nur auf die Neueingetretenen berechnet wird. Schließlich kommt hinzu, daß die Zahlen nicht nur nach wechselnden Grundsätzen berechnet sind, sondern z. B. über die Haltepflege überhaupt nur selten zu erlangen sind.

Wir können es nicht umgehen, nachdem wir diese Einschränkung bezüglich des Wertes unserer Zahlen gemacht haben, dieselben vorsichtig zu benutzen, um ein Urteil über die verschiedenen Pflegemethoden zu gewinnen. Wir legen hierbei auf die Sterblichkeit der Säuglinge, die ein gleichmäßigeres Material als die Gesamtheit der Kinder darstellen, den größeren Wert.

Es sind uns aus den letzten Jahren keine größeren Zahlen über anstaltsweise Verpflegung der ersten Lebensjahre bekannt. Etwas zurückgreifend bemerken wir, daß noch im Jahre 1867 die Säuglingssterblichkeit in der Casa dell' Annunziata in Neapel trotz Säugens durch Ammen 64 Proz. erreichte[43]; im Moskauer und Petersburger Findelhaus werden noch jetzt alle Säuglinge wenigstens während der ersten sechs Lebenswochen in der

Anstalt selbst verpflegt: die Sterblichkeit schwankt in Moskau während dieser Zeit zwischen 22 und 43 Proz.

Da fast alle Findelanstalten ihre Kinder nur vorübergehend oder bei Erkrankung im Hause selbst verpflegen, so muß man die Summe der in und außer dem Hause eintretenden Todesfälle auf die Gesamtzahl der jährlich Verpflegten oder auf den jährlichen Zugang berechnen.

Die Säuglingssterblichkeit kann man ebenfalls auf die Summe von Bestand und Zugang im Laufe des Jahres berechnen; richtiger ist es aber auch hier, vorausgesetzt, daß der jährliche Zugang jedesmal der gleiche ist, die Säuglingssterbefälle des Jahres nur mit dem Zugang in Verbindung zu setzen — aus den gleichen Gründen, aus denen man bei der Berechnung der allgemeinen Säuglingssterblichkeit die Säuglingstodesfälle eines Kalenderjahres auf die Geburtenzahl im gleichen Kalenderjahr bezieht.

Zunächst einige Zahlen über die Säuglingssterblichkeit bei den Findelkindern! Wenn von 100 im Moskauer Findelhaus aufgenommenen Neugeborenen nur 78—57, im Jahre 1890 z. B. 61,4 (Lorey[49]) in Außenpflege kamen und hier 40—45 Proz., im Mittel 42,5 Proz. aller verpflegten Säuglinge sterben, so schmelzen jene 61,4 auf 26,1 Ueberlebende zusammen, sodaß im ganzen gegen 73,9 Proz. der Findelsäuglinge sterben. Thatsächlich muß die Sterblichkeit noch höher sein, da der erwähnte Prozentsatz für die Außenpflege auf Bestand und Zugang, nicht auf den Zugang allein zu beziehen ist, wie denn auch Lorey[49] als Sterblichkeit der Moskauer Säuglinge 92 Proz. angiebt. — In der Petersburger Findelanstalt[50] starben im Jahre 1892 von allen verpflegten Säuglingen (10 949) 34,1 Proz., und zwar 7,8 Proz. in den Säuglingsabteilungen und 26,3 Proz. auf dem Lande. Berechnet man hingegen alle Säuglingstodesfälle (3739) auf die neu eingetretenen Säuglinge (6768), so beläuft sich die Säuglingssterblichkeit auf 55,2 Proz. — Im Seine-Département[16 44] starben im Jahre 1889 im Hospice 9,31 Proz. und in der Außenpflege (berechnet auf den Säuglingszugang des vorhergehenden Jahres) 17,81 Proz.; als gesamte Säuglingssterblichkeit des Zugangs eines Jahres ergiebt sich hierbei 25,5 Proz. — In Italien wurden in den Jahren 1890—1892 83 619 Säuglinge durch die Findelanstalten verpflegt, von denen 25 053 (= 30 Proz.) starben, auf den Zugang berechnet, war die Säuglingssterblichkeit 37,2 Proz. — In der niederösterreichischen Findelpflege[51] wurden im Jahre 1887 7006 Kinder aufgenommen und starben (wie es scheint, auf die Aufnahmezahl berechnet) 40,7 Proz. der Säuglinge (hierbei starben 404 im Hause selbst). In der böhmischen Landesfindelanstalt starben im Jahre 1881, auf den Zuwachs von 2720 Kindern berechnet, 45,4 Proz. der Säuglinge (innerhalb des Hauses 11,5, außerhalb 33,9) (Epstein[35 47]).

Die mittlere Sterblichkeit der Säuglinge in der Außenpflege betrug (auf den Zugang berechnet) im Seine-Département (1889) 17,81, in der böhmischen Findelanstalt (Epstein[35]) ca. 32 Proz.

Die mittlere Sterblichkeit aller in der Außenpflege verpflegten Findelkinder beträgt (bis zu ihrer Majorennität) in Moskau bis 20 Proz., in Petersburg (im Jahre 1892) 10,4 Proz., im Seine-Département 1,95 Proz. (im Jahre 1889).

Die jährliche Gesamtsterblichkeit war bei den Enfants-Assistés

im Seine-Département im Jahre 1889 (für das Lebensalter von 0—13 Jahren) 3,9 Proz., und zwar bei den Findel- und verlassenen Kindern 4,0 Proz., bei den Waisen 1,3 Proz. In Italien starben von allen in den Jahren 1890—1892, und zwar bis zu einem wechselnden Lebensalter verpflegten (175 903) Findelkindern 20,7 Proz., in Böhmen (im Jahre 1881) von 8684 Kindern im Alter bis zu 6 bez. 10 Jahren 18,0 Proz., in Niederösterreich (im Jahre 1887) von 30 268 Kindern bis zum gleichen Alter 12,3 Proz. (im Jahre 1898 14,2 bez. 12,7 Proz.).

Das Eigenartige der Findelpflege ist die im großen erfolgende Außenpflege von Kindern, welche schon im zarten Säuglingsalter — mehr oder weniger unterschiedslos — aufgenommen und während desselben meist an der Brust aufgezogen werden. Zur ungefähren Beurteilung der hygienischen Erfolge der Findelpflege können wir mit ihnen nur die Sterblichkeit derjenigen Kinder vergleichen, welche unter wesentlich gleichen Bedingungen aufgezogen werden, sei es nun, daß sie von den Behörden nach den Grundsätzen der Armenpflege, oder sei es, daß sie von Privatpersonen als Haltekinder in Pflege gegeben sind.

Die erstere Gegenüberstellung ist für die italienischen Pflegekinder möglich. Hier[45] kennen wir für die Jahre 1890, 1891, 1892 die Sterblichkeit der unmittelbar von den Kommunen in Pflege gegebenen Unehelichen (a), sowie diejenige der durch die Findelanstalten verpflegten Unehelichen (b) und Ehelichen (c):

	1 Jahr	Sterblichkeit Proz.	über 1 Jahr	Sterblichkeit Proz.	Summe	Sterblichkeit Proz.
a.	36 522	29,4	31 811	18,4	68 333	24,2
b.	77 695	30,2	91 303	12,2	168 998	20,5
c.	5 924	26,8	981	17,4	6 905	25,5

Nur auf den Zugang berechnet, wäre die Säuglingssterblichkeit a) 36,7, b) 37,7 und c) 31,4 Proz.

Es ergiebt sich hieraus, wenn wir die älteren Kinder außer Betracht lassen, deren Verhältnisse sich unserem Urteil entziehen, daß die Unehelichen in Italien die gleiche Mortalität haben, ob sie nun von den Gemeinden oder den Findelanstalten in Pflege gegeben werden; die ehelichen Säuglinge haben eine etwas geringere Sterblichkeit.

Schon viel schwieriger ist es, einen Vergleich zwischen Findel- und Haltekindern durchzuführen, obgleich wir im Seine-Département ziemlich genaue Zahlen über beide erhalten.

Im Jahre 1885 waren bei einer Geburtenzahl von 60 098 16 281 Säuglinge von Paris aus in ländliche Haltepflege gegeben und entsprechend den Bestimmungen der Loi Russel überwacht. Lédé[2] (p. 91) hat das Schicksal von 9178 dieser Kinder während ihres 1. Lebensjahres verfolgt. Es starben von ihnen 2649 (= 28,9 Proz.), und zwar von 5650 Ehelichen 27,19 Proz. und von 3583 Unehelichen 32,07 Proz. Es

traten in die Pflege im 1. Lebensmonat 3536 Eheliche und 2445 Uneheliche, im 2.—3. Monat 648 Eheliche, 366 Uneheliche, im 4.—6. Monat 268 Eheliche, 127 Uneheliche. Kinder, welche später in die Pflege traten und eine geringere Sterblichkeit haben müßten, sind von Lédé nicht berücksichtigt.

Es starben von 100 Kindern, die gesäugt wurden, vor vollendetem 1. Jahr:

Alter beim Eintritt in die Pflege	Eheliche	Uneheliche	Mittel
1—15 Tage	27,53	35,64	30,28
15—30 „	38,99	42,28	40,19
1—3 Monate	21,73	22,20	21,85
3—6 „	14,67	13,20	14,41

Ferner starben von 100 Kindern, die mit der Flasche aufgezogen wurden:

Alter beim Eintritt in die Pflege	Eheliche	Uneheliche	Mittel
1—15 Tage	41,95	52,89	45,36
15—30 „	36,35	54,75	44,98
1—3 Monat	27,54	39,69	32,40
3—6 „	19,14	22,61	20,33

Für die späteren Kalenderjahre können wir nur die offizielle Statistik benutzen. Leider ist aber hier die Mortalität der gesetzlich überwachten Haltekinder nicht für das 1. und 2. Lebensjahr und nicht getrennt nach ehelicher und unehelicher Geburt angegeben. Es waren unter den Enfants protégés (aus den 2 ersten Lebensjahren!) im Jahre 1889 3539 eheliche und 1361 uneheliche, von denen 401 = 8,18 Proz. starben. Ohne zu wissen, wie hoch das Sterblichkeitprozent im ersten Lebensjahr war (es starben 334 in demselben), erfahren wir, daß im ganzen von den Brustkindern 155 = 7,01 Proz., von den Flaschenkindern 230 = 10,98 Proz., von beiden zusammen 8,94 Proz. starben. Da unter diesen Kindern auch solche über 1 Jahr waren, so würde die Sterblichkeit, allein für das 1. Jahr berechnet, höher ausfallen müssen. Außerdem berechnet sie sich aber — besonders im Vergleich mit derjenigen der Findelkinder — dadurch viel zu niedrig, daß, während die Findelkinder früh in Pflege treten und dieselbe nicht wieder verlassen, die Enfants protégés zwar ebenfalls früh in Pflege kommen, aber zum Teil schon vor Ablauf des 2. Jahres von den Eltern zurückgenommen werden (von 4900 Enfants protégés nicht weniger als 2315).

Vergleicht man die Findelpflege mit der Haltepflege anderer Länder, so häufen sich die Fehler u. a. durch die wechselnde Zeit des Antritts der Pflege.

Beispielsweise sei das Aufnahmealter der gefundenen und verlassenen Kinder der Pariser Assistance publique (a)[17] (p. 15), der Kinder des Berliner Kinderschutzvereins (b) (Neumann[46]) und der Münchener Haltekinder aus dem Jahre 1876 (c) (Pettenkofer[42] p. 49) in ihrer prozentischen Verteilung über das 1. Lebensjahr gegenübergestellt. Es wurden aufgenommen:

	1. Monat	2. und 3. Monat	4.—6. Monat	7.—12. Monat
a.	71,0	10,8	7,3	11,0
b.	13,8	45,3	22,7	18,1
c.	54,7	28,7	11,2	5,5

Der Eintritt dürfte auch sonst früher in die Findel- als in die Haltepflege erfolgen und findet z. B. in den österreichischen Findelanstalten sogar fast regelmäßig schon am 8.—10. Lebenstage statt. Die höhere Sterblichkeit der ersten Lebenstage und Wochen müßte daher bei sonst gleicher Beschaffenheit der Pflege für die Findelkinder noch höhere Sterbezahlen als für die Haltekinder veranlassen. Wenn wir statt dessen sogar durchgehend gleiche oder schlechtere Resultate bei der Halte- als der Findelpflege finden, so muß dieses ungünstige Ergebnis mit der Haltepflege als solcher in Verbindung gebracht werden. Den Schlüssel giebt vor allem die Art der Ernährung der Säuglinge, welche z. B. in Deutschland bei den Haltekindern fast regelmäßig eine künstliche ist. Wenn man Ernährungsverhältnisse, Civilstand und Alter beim Vergleich berücksichtigen würde, könnte man für dle Beurteilung der Pflegemethoden als solcher vergleichbare Zahlen erhalten, zumal wenn man noch außerdem die allgemeine Säuglingssterblichkeit des betreffenden Landes in Rechnung stellen wollte. Es nähern sich die Zahlen alsdann in überraschender Weise.

Von Lédé[3] entnehmen wir die folgenden Mortalitätsprozente für die unter der Loi Russel stehenden Haltekinder vom Jahre 1885, von H. Neumann[46] für die Kinder des Berliner Kinderschutzvereins aus den Jahren 1880—1889. Es starben im 1. Lebensjahr von den unehelichen, mit Flasche ernährten Kindern

	in die Pflege eingetreten im	
	2.—3. Monat	4.—6. Monat
in Berlin	47,0	29,7
in Paris (ländliche Aufsenpflege)	39,69	22,61

Diese vereinzelten Zahlenangaben lassen die wahre Mortalität ahnen, die selbst bei den unterstützten und überwachten Haltekindern herrscht. Aber auch diese Zahlen sind noch zu günstig, weil das Material des Berliner Kinderschutzvereins noch verhältnismäßig gut ist und für die Pariser Haltekinder bekannt ist, daß die kranken Kinder den Eltern, wenn sie in der Nähe wohnen, gerne von den Pflegemüttern zurückgegeben werden.

Insoweit in der Ernährung die behördliche und private Verpflegung übereinstimmt, kann man aus dem Vergleich der Pflegeresultate die Bedeutung des zweiten wichtigen Faktors — der Ueberwachung — erkennen. Wenn es auch keine Statistik der nicht überwachten Haltekinder giebt, so zeigt die Ueberwachung selbst noch so erhebliche Abstufungen von der einfachen polizeilichen Registrierung bis zur umfassenden Fürsorge, daß sich dies an den Sterblichkeitszahlen wohl äußern muß. Leider liegen überhaupt und im besonderen für die am meisten maßgebende Sterblichkeit der Säuglinge nur vereinzelte Zahlen vor, die vor allem dadurch ziemlich wertlos sind, daß die aus der Haltepflege in Krankenhäuser verbrachten Säuglinge meist nicht berücksichtigt sind.

Das Sterblichkeitsprozent der Breslauer Kostkinder[7] (nicht auf den Zugang berechnet!) gestaltete sich in den letzten Jahren in folgender Weise:

Jahrgang	1. Jahr	2. Jahr	3. Jahr	4. Jahr	im ganzen
1889	30	28	9	3	21
1890	28	20	6	8	19
1891	31	22	9	10	22
1892	26	23	7	3	17
1893	24	22	13	8	19

Für Berlin stellen wir die Säuglingssterblichkeit der polizeilich überwachten Haltekinder, der in Berliner Kostpflege untergebrachten Armenkinder und der Haltekinder des Berliner Kinderschutzvereins gegenüber, ohne freilich diesen mit vielen Fehlern behafteten Zahlen einen wesentlichen Wert beilegen zu können; u. a. sind bei den beiden ersten Kategorien wohl die Todesfälle in Krankenhäusern nicht mitgerechnet; auch das Verhältnis der ehelichen zu den unehelichen Kindern ist in den drei Kategorien verschieden:

	1888	1889	1890	1891	1892
Haltekinder	19.4	24,9	21,6	22.9	—
Kostkinder	23,3	23,7	30.5	20,8	19,9
Kinderschutzverein	18,9	—	20,8	10,9	13.3

Berechnen wir für die gleichen drei Kategorien die Säuglingssterblichkeit nicht auf die überhaupt Verpflegten, sondern nur auf den Zugang, so starben von den Haltekindern in den Jahren 1888—1891 30,4 Proz., von den Kostkindern in den Jahren 1888/89—1892/93 27,9 Proz. und von den Säuglingen des Berliner Kinderschutzvereins in den Jahren 1890—1892 23,1 Proz. (in den Jahren 1880—1889 31,9 Proz.).

Das natürlichste aller Pflegesysteme schien uns die Verpflegung durch die eigene Mutter zu sein, und es werden in der That allgemein sehr günstige Resultate gemeldet. In Frankreich starben im Jahre 1892 nur 7,7 Proz. der bei ihren Müttern unterstützten Kinder. Immerhin dürften auch hier der Berechnung einige Fehler zu Grunde liegen (Lallemand[23]); wenigstens hat sich da, wo man die speciellen Verhältnisse genauer studierte, gefunden, daß die Haltepflege im allgemeinen günstigere oder wenigstens nicht schlechtere Resultate giebt als die unterstützte Pflege bei den Eltern. In Böhmen ist nach Epstein[35 47] das Sterblichkeitsprozent der Kinder bei den eigenen Müttern und bei den Pflegemüttern ziemlich gleich (31 bez. 32 Proz.), in Kopenhagen ist die Sterblichkeit der ersteren viel erheblicher als die der letzteren; in den Jahren 1870—1880 betrug jene im Mittel 42,31 Proz. (33,63—50,84 Proz.) und diese 20,89 Proz. (Levy[48]). Die Verhältnisse in Kopenhagen erklären sich genügend daraus, daß die den Müttern gewährte Unterstützung (s. oben) so gering ist, daß sie die Kinder in Pflege geben müssen, um selbst zu arbeiten, und hierdurch die Kinder in die Klasse der schlecht versorgten Haltekinder herunterrücken.

Es kann also die subventionierte Pflege bei den Müttern — ihre sonstige Eignung zur Pflege vorausgesetzt — nur dann einen guten und unter Umständen sogar den allerbesten Erfolg haben, wenn die Mutter eine für die Pflege genügende Unterstützung bekommt und

selbst so gestellt ist, um die Unterstützung ganz für das Kind zu verwerten. Im anderen Fall ist eine gute Pflege bei Fremden vorzuziehen, und zwar giebt diese besonders dann gute Resultate, wenn das Kind auch in der Ernährung die mütterliche Brust nicht zu vermissen braucht. Bei keiner Art der Familienpflege ist eine gute Ueberwachung zu entbehren. Eine gute Familienpflege ist einer guten Anstaltspflege vorzuziehen.

1) **Théophile Roussel**, *Rapport fait au nom de la commission chargée d'examiner la proposition de loi de M. Th. Roussel.* (*Assemblée nation.*, *Année* 1874, *No.* 2446 [*Versailles* 1874].)
2) *Congr. internat. d'Hygiène* (1889).
3) *Mitteilungen der Großherzogl. hess. Centralstelle f. Landesstatist.* (*Dezember* 1892).
4) **Hauser**, *Ueber Armenkinderpflege*, *Karlsruhe* 1894.
5) *Verwaltungsbericht des Magistrats zu Berlin f. d. Jahr v.* 1. *April* 1892 *bis* 31. *März* 1893.
6) *Berlins öffentl. Gesundheitswesen* 1889—1891, *Berlin* 1893.
7) *Rechenschaftsbericht f. d. Jahr* 1893 *des Aufsichtsvereins f. Kostkinder in Breslau.*
8) **Uffelmann**, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 15. *Bd.* (1883).
9) *Congrès internat. de la protection de l'enfance*, *Paris* 1885 *und* 1886.
10) **Westerland**, *Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F.* 31. *Bd.* (1890).
11) **Pfeiffer**, *Handb. d. Kinderkrankh.* 1. *u.* 2. *Abt.*, *Tübingen* 1882.
12) *Congr. internat. d'Assistance*, *Paris* 1889.
13) **Berti**, *Ueber die Sterblichkeit der mit Muttermilch genährten Kinder im* 1. *Lebensjahr in der Provinz von Bologna*, *Arch. f. Kinderheilkunde* 8. *Bd.* (1887).
14) **Spiridion C. Zavitziano**, *Serv. d. Enfants-Trouvés de Notre-Dame de Péra*, *Constantinople* 1892.
15) **L. Concetti**, *Della pretesa influenza dei regolamenti sanitari sulla sifilide ereditaria nei brefotrofi*, *Roma* 1894.
16) *Rapport d'Inspection sur le service des Enfants-Assistés*, *pour l'exercice* 1889 *et les premiers mois de* 1890. *Préfect. du Département de la Seine*, *Montévrain* 1890.
17) *Rapport d'Inspection sur le service des Enfants-Assistés de la Seine*, *Gestion de* 1892, *Montévrain* 1893.
18) *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* 13. *Bd.*
19) **Schmalfuss**, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 25. *Bd.* (1893).
20) **Hoerschelmann**, *Jahrb. f. Kinderkrankh.* 35. *Bd.* (1893).
21) **Plaut**, *Zeitschr. f. Hyg.* 15. *Bd.* (1893).
22) **Göttisheim**, *D. Vierteljahrsschr. f. öff. Ges.* 11. *Bd.* 408 (1879).
23) **Lallemand**, *Histoire des enfants abandonnés et délaissés*, *Paris* 1885.
24) **Gillet**, *État actuel du service des Enfants-Trouvés à Paris*, *Verhandl. d. X. internat. med. Congr.* 2. *Bd.* 6. *Abt.*, *Berlin* 1891.
25) **Würzburg**, *Arb. d. Kais. Gesundheitsamtes* 2. *Bd.*, *Berlin.*
26) *Oesterr. Statistik* 37. *Bd.* 2. *Heft f. d Jahr* 1890, *Wien* 1893.
27) **Fischer**, *Die Waisenpflege der Stadt Berlin*, *Berlin* 1892.
28) *Verwaltungsberichte des Magistrats zu Berlin.*
29) **Pfeiffer**, *Jahrb. f. Nationalökonomie* (1882).
30) **Taube**, *Schutz der unehel. Kinder in Leipzig*, *Leipzig* 1893.
31) **Nath**, *Vierteljahrsschr. f. gerichtl. Med. N. F.* 46. *Bd.* (1893).
32) **H. Neumann**, *Die unehel. Kinder in Berlin*, *Jahrb. f. Nationalökonomie III. Folge* 7. *Bd.* (1894).
33) **Silberschlag**, *D. Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 13. *Bd.* (1881).
34) **Benjamin Waugh**, *Baby-Farming*, *London* 1891, *Nation. Soc. for the prevention of cruelty to children.*
35) **Epstein**, *Verhandlungen des X. internat. med. Kongr.* 2. *Bd.*, *Berlin* 1891.
36) **Maurice Block**, *Dictionnaire de l'Administration franç. III. Édit.*, *Paris-Nancy* 1881, „*Enfants du premier âge*“.
37) *Annuaire statist. de la Ville de Paris* (1888).
38) *Annuaire statist. de la Ville de Paris X[e] Année* 1889, *Paris* 1891.
39) *Atti Parlamentari der italien. Camera dei Deputati* 1a *Sessione* 1892/1893.
40) **A. Baginsky**, *Die Kost- und Haltekinderpflege in Berlin*, *Vierteljahrsschr. f. Gesundheitspflege* (1886).
41) **Gustave Drouineau**, *De l'assistance aux filles-mères*, *Paris* 1878.
42) **Pettenkofer**, *Arch. f. Hygiene* 1. *Bd.*
43) *Statuto organico e Regolamento interno de R. Stabilimento dell' Annunziata di Napoli*, *Napoli* 1883.

44) *Statistique générale de la France, Stat. annuelle* 1889.
45) *Statistica della Assistenza dell' Infanzia abbandonata, Anni* 1890, 1891 e 1892, *Ministerio di Apricoltura etc., Roma* 1894.
46) **H. Neumann**, *Der Berliner Kinderschutzverein in d. Jahren* 1880—1889, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 23. *Bd.* (1891).
47) **A. Epstein**, *Studien zur Frage der Findelanstalten, Prag* 1882.
48) **Fritz Levy**, *Jahrb. f. Kinderkrankh. N. F.* 22. *Bd.* (1885).
49) **G. Lorey**, *L' Hospice des Enfants Trouvés de Moscou, Paris* 1892.
50) *Bericht des Petersburger Findelhauses für das Jahr* 1892, *St. Petersburg* 1894 (*in russischer Sprache*).
51) *Von der Direktion der n.-ö. Landes-Gebär- und Findelanstalt D.-No.* 185 *ex* 1888.
52) **Raudnitz**, *Die Findelpflege, Wien und Leipzig* 1886.

2. Zeitweilige Pflege.

Es war bisher der Fall erörtert, daß die Eltern dauernd oder wenigstens für längere Zeit außer stande sind, ihr Kind selbst und ohne fremde Unterstützung aufzuziehen, und deswegen von anderer Seite für die Verpflegung des Kindes gesorgt werden muß. Es giebt aber Verhältnisse, wo die Unmöglichkeit oder Unzulänglichkeit elterlicher Fürsorge nicht in gleicher Weise ausgesprochen ist; hier genügt es, während des Tages oder für einen Teil des Tages den Eltern die Fürsorge für die Kinder abzunehmen, so daß die engen Beziehungen zwischen Eltern und Kindern nie eine völlige Unterbrechung erfahren.

Vor allem sind die Eltern durch die Art ihres Lebenserwerbes gezwungen, während längerer Zeit ihre Kinder zu Hause allein zu lassen und sie damit den größten Gefahren auszusetzen.

In England starben im Jahre 1892 allein an Verbrennungen und Verbrühungen 1253 Kinder im Alter bis zu 5 Jahren, in Berlin im gleichen Jahr und Alter durch Verbrennen 14, durch Ertrinken 4, durch Ueberfahren 10, durch Sturz und Schlag 21. Viele dieser Todesfälle wären wohl durch bessere Beaufsichtigung vermeidbar gewesen.

Während bei der landwirtschaftlichen Arbeit es noch vielfach, wenn auch nicht immer ohne Schaden für die Kinder, möglich ist, dieselben mit sich auf das Feld zu nehmen, ist dies bei der Fabrikarbeit und den verschiedenen Arbeitszweigen, in denen die Frauen in den Städten thätig sind, gewöhnlich ausgeschlossen. Bei einer größeren Kinderzahl wird sich freilich die Arbeit außer dem Hause nur noch in seltenen Fällen fortführen lassen, so daß hier eine anderweitige Versorgung der Kinder nicht oft nötig wird, während bei jungen Ehen mit einem oder wenigen Kindern die Mutter sich noch häufiger aus dem Hause entfernt. Im übrigen schwankt die Häufigkeit der Frauenarbeit nach der vorherrschenden Industrie, nach dem Ortsgebrauch und der Gesetzgebung (vergl. dieses Handb., Bd. 8, S. 1 ff.). Selbst wenn die Mutter außer dem Hause arbeitet, braucht so lange kein ausgesprochener Notstand in der Pflege zu bestehen, als andere Personen dieselbe übernehmen können; hierzu sind bei sehr kinderreichen Familien größere Kinder mehr oder weniger gut imstande. Auch finden sich hierzu häufig Großmütter oder andere zur Arbeit außer dem Hause nicht fähige Verwandte. Insofern sich jedoch der Zuzug in größeren Städten gewöhnlich aus jüngeren und arbeitsfähigen Personen bildet und der ältere Anhang in der Heimat zurückgelassen wird, ist gerade hier diese Aushilfe in der Pflege weniger häufig zu haben. — Auch hier bedürfen die unehelichen Kinder

einer besonderen Erwähnung. Häufig werden sie von Verwandten oder in entgeltlicher Pflege erzogen und ließe schon der Beruf der Mutter (z. B. als Dienstbote) keine auch nur zeitweise Pflege durch letztere zu; aber in anderen Fällen ist es der ledigen Mutter sehr wohl möglich, das Kind selbst aufzuziehen, sobald ihr die Pflege während der Tagesstunden abgenommen wird.

Obgleich die gleichen hygienischen Grundsätze bei der zeitweiligen Verpflegung zur Anwendung kommen, übt doch das Alter der Kinder auf die Form der Verpflegung einen erheblichen Einfluß aus. Die Kinder der ersten Lebensjahre werden in der Krippe (Säuglingsbewahranstalt, Crêche) verpflegt, vom 3. oder 4. Lebensjahre an bis zum Beginn der Schulpflichtigkeit nimmt die Kinder die Kinderbewahranstalt (Warte-, Kleinkinder-, Spielschule; salle d'asile, école maternelle, infant school) oder durch die Art der Beschäftigung von ihr unterschieden der Kindergarten auf; in seltenen Fällen (z. B. im Wiener Central-Krippenverein [1]) beherbergt die Krippe nur Säuglinge, die Kinderbewahranstalt Kinder bis zu 3 Jahren, der Kindergarten Kinder bis zum schulpflichtigen Alter. Die schulpflichtigen Kinder werden in der schulfreien Zeit in den Kinderhorten beschäftigt.

Hygienisch haben die Krippen und Kinderbewahranstalten die schwierigere Aufgabe zu lösen, während die Kinderhorte mehr auf erzieherischem Gebiete wirken.

a) Krippe und Kinderbewahranstalt.

Es wären zunächst in kurzen Zügen die Regeln für Bau, Ausstattung und Betrieb der Krippen und Kinderbewahranstalten zu entwerfen, hieran wird sich die Schilderung der vorhandenen Einrichtigungen und ihre Kritik, sowie schließlich eine Würdigung der Grundlagen, auf denen diese Kinderverpflegungsanstalten ruhen, schließen.

Zunächst wären diejenigen Verhältnisse zu erörtern, welche den für die verschiedenen Alterstufen bestimmten Kleinkinderanstalten gemeinsam sind. Die Anstalten müssen entsprechend dem zeitlichen Bedürfnis, dem sie abhelfen sollen, geöffnet sein. Dasselbe wird im allgemeinen — von gewissen Schwankungen abgesehen — während des ganzen Jahres an den Arbeitstagen vorhanden sein, im besonderen auch während der Schulferien gewöhnlich nicht aufhören. Der Betrieb, der also regelmäßig wochentäglich stattfinden muß, wird so früh eröffnet, daß die Kinder vor Beginn der Arbeit von den Angehörigen gebracht werden können; bei der Aufnahme ist darauf zu halten, daß die Kinder berechtigten Ansprüchen an die Sauberkeit genügen. Abgesehen davon, daß die Kinder in vielen Bewahranstalten und Kindergärten auch über Mittag in das elterliche Heim zurückkehren, müssen sie jedenfalls abends pünktlich nach Schluß der Arbeit abgeholt werden. Die Pflege soll sich nicht auf die Nachtzeit erstrecken. Als Vorbedingung zur Aufnahme ist im allgemeinen Bedürftigkeit und Würdigkeit der Eltern bez. der Mutter nachzuweisen. Es ist ferner durch eingehende Untersuchung festzustellen, daß die Mutter durch ihre Erwerbsverhältnisse gezwungen ist, ihr Kind während des Tages (oder eines Teiles des Tages) zu verlassen und nicht für eine ge-

eignete anderweitige Pflege des Kindes während dieser Zeit sorgen kann.

Es ist hier die Frage zu erörtern, ob uneheliche Geburt ein Grund zur Ausschließung sein soll. Diese Frage wird gewöhnlich bejaht, indem man sich vorstellt, daß der unsittliche Lebenswandel der Mutter durch die Verpflegung des Kindes erleichtert werde, oder auch die Erwägung einfließen läßt, daß die Aufnahme unehelicher Kinder den verheirateten Müttern Grund zu Aergernis geben müsse (Mettenheimer[2]). Wir glauben, daß die Kleinkinderanstalt durch grundsätzliche Ausschließung unehelicher Kinder ihrem Zweck das Leben im zarten Kindesalter zu schützen, entgegenwirkt. Gerade für die ledige Mutter ist oft die Anstalt das einzige Mittel, das Kind wenigstens während einiger Stunden bei sich zu behalten; die Erweckung und Bethätigung der Mutterliebe, die hierdurch ermöglicht wird, schützt aber die Mutter mehr als alles andere vor moralischem Verderben und das Kind vor einer oft sehr mangelhaften Haltepflege. Ein Aergernis für die verheirateten Mütter der Anstaltskinder ist aber bei der ärmeren Bevölkerung, welche das Elend der unehelichen Kinder aus eigener Anschauung kennt, im allgemeinen nicht zu erwarten, wofern nicht etwa Leitung und Publikum der Krippe unter der Herrschaft orthodox-kirchlicher Anschauungen steht.

Für die Anstaltsverpflegung ist im voraus eine gewisse Geldsumme zu entrichten. Auf diese Weise wird am sichersten verhütet, daß die Kleinkinderanstalt bei den Eltern das Gefühl der Selbstverantwortlichkeit abstumpft und sie hierdurch der Verarmung entgegentreibt. Auch wird die Wohlthat der Anstaltspflege richtiger gewürdigt und geschätzt, wenn sie nicht unentgeltlich dargeboten wird. Diejenigen Kreise, welche die Bewahranstalt in Anspruch nehmen, um ihrer Verarmung vorzubeugen, im übrigen aber ihren regelmäßigen Tagesverdienst haben, werden oft geradezu aus der Entgeltlichkeit der Pflege die Ueberzeugung schöpfen, daß die Leistungen der Pflege sachgemäß seien. Dies alles schließt nicht aus, daß von dem Prinzip der Entgeltlichkeit vorsichtige Ausnahmen gemacht oder daß hier auch auf Veranlassung und Kosten der Armenbehörde Kinder verpflegt werden.

Die aufzunehmenden Kinder sollen im wesentlichen gesund sein und keinenfalls an ansteckenden Krankheiten leiden; aber es soll auch vermieden werden, daß sie, zwar selbst gesund, die Keime ansteckender Krankheiten einschleppen; die Kinder sind daher nicht nur, wenn sie selbst erkrankt sind, von dem Besuch der Anstalten zurückzuhalten, sondern auch, wenn ihre Geschwister oder sonstige Wohnungsangehörige an ansteckenden Krankheiten leiden oder während der letzten Zeit gelitten haben. In dieser Richtung läßt sich durch das Zusammengehen öffentlicher Anstalten viel erreichen; durch Benachrichtigung der Kleinkinderanstalten von seiten der Schulen, Kliniken und Polikliniken ist es besonders in kleineren Städten leicht, rechtzeitig Geschwister kranker Kinder zurückzuweisen. (In England werden sogar die Kinder, die mit ansteckenden Kranken im gleichen Hause wohnen, als verdächtig betrachtet.) Am sichersten kann man aber der Einschleppung vorbeugen, wenn gesetzliche Anzeigepflicht besteht und auf Grund derselben die Gesundheitsbehörde in den Kleinkinderanstalten ähnlich wie in den Schulen entsprechende Maßnahmen zu treffen imstande ist. Diese Behörde hätte auch darüber zu wachen,

daß bei Verseuchung der Anstalt Schließung, Desinfektion u. dergl. erfolgt.

In Deutschland bestehen in dieser Richtung für die Kinderbewahranstalten nur im Königreich Sachsen (vom 13. Juni 1885) und im Fürstentum Reuß ältere Linie (vom 17. Dezember 1884) Verordnungen (Guttstadt[3]).

Die Feststellung der körperlichen Tauglichkeit zur Aufnahme wird zunächst in der Wohnung des Arztes erfolgen, sofern ihm nicht in der Anstalt ein besonderes Untersuchungszimmer eingeräumt wird (wie es z. B. in der Dürener Krippe der Fall ist). In den Ländern, welche keinen Impfzwang haben, wird die Aufnahme der Kinder — selbst der Säuglinge — von dem Nachweis erfolgreicher Impfung abhängig zu machen sein. Während neben den Kinderkrankheiten Syphilis und schwerere Erkrankungen die Aufnahme verbieten, giebt es eine andere Reihe von Krankheiten, die wesentlich auf mangelhafte Pflege und Ernährung zurückzuführen sind, und um so weniger eine Abweisung veranlassen können, als man auf ihre schnelle Heilung unter der günstigen Einwirkung der Bewahranstalt rechnen darf.

Das Ergebnis der Recherchen und der ärztlichen Feststellungen, sowie die Verpflichtungen, welche die Eltern übernehmen, sind schriftlich zu fixieren.

Die Verpflegung der kleinen Kinder während des Tages muß in einer Räumlichkeit stattfinden, welche für die Mutter leicht zu erreichen ist, wenn sie zur Arbeit geht und von ihr kommt; es müssen also diese Kinderverpflegungsanstalten innerhalb der Arbeiterviertel liegen; in ausgedehnten Großstädten werden sie in mehrfacher Zahl vorhanden sein müssen. Gleichzeitig sollen sie gesund gelegen sein, schlechte Gerüche aus menschlichen Wohnungen, Fabrikationsbetrieben (z. B. aus Leimfabriken) dürfen nicht die Luft verderben, es dürfen sich keine störenden Gewerbebetriebe (z. B. Schlächtereien), keine Pferdeställe und Molkereien — wegen der Fliegenlast — in unmittelbarer Nähe befinden. Ein freier Raum oder Garten muß zur ausschließlichen Benutzung der Kinder zur Verfügung stehen. Am besten werden Krippe und Kinderbewahranstalt in einem gemeinsamen Gebäude untergebracht, welches nur diesem Zwecke dient und außerdem die Wohnräume für das Personal enthält. Ist dies nicht möglich, so können auch in Wohnhäusern gesunde Mietsräume benutzt werden, welche zu ebener Erde oder im ersten Stockwerk liegen und mit dem Garten in naher Verbindung stehen; für die Krippe sind auch Räume in höheren Stockwerken verwendbar, wenn sie geräumige Balkons oder Veranden haben. Keinenfalls ist es zu empfehlen, die Räume der Krippe oder der Bewahranstalt, soweit sie von den Kindern benutzt werden, auf verschiedene Stockwerke zu verteilen. Eine Unterbringung in Schulanstalten hat zwar ihre Annehmlichkeit, indem die schulpflichtigen Geschwister zuweilen die Kleinen mitbringen können und auch den älteren Schulkindern Gelegenheit geboten werden kann, sich mit Kinderpflege vertraut zu machen[4]; im Interesse der Krippen wenigstens scheint uns aber ihre Unterbringung in Schulen nicht zu liegen, weil durch die Beziehung zu den Schülern leicht eine Infektion eingeschleppt werden kann. Gegen die Errichtung der Krippe in der Nähe von Schulen wäre nichts einzuwenden. In Krankenanstalten

sollten Krippen nur eingerichtet werden, wenn eine vollkommene räumliche Trennung möglich ist.

In jedem Fall sollen Krippen und Kinderbewahranstalten in trockenen Räumen untergebracht sein, welche reichlich Luft und Licht haben; die Aufenthaltsräume liegen womöglich nach Süden oder Südosten. Was die Ventilations- und Heizungseinrichtungen betrifft, so müssen jedenfalls die Heizkörper durch Mäntel oder Schutzgitter so verdeckt werden, daß die Kinder sich weder verbrennen können noch durch direkte Strahlung übermäßig getroffen werden; die Ventilation soll keinen unangenehmen Luftzug veranlassen. Die Temperatur der Zimmer wird im Winter auf ca. 15° R. zu halten sein; bei der Ventilation ist zu berücksichtigen, daß der Gasstoffwechsel bei den Kindern viel lebhafter als bei den Erwachsenen ist und daher schneller eine Verderbnis der Zimmerluft veranlaßt. Schon für den Laien macht sich die ungenügende Luftbeschaffenheit durch einen unangenehmen Geruch und zu starke Lufterwärmung bemerklich. Die wissenschaftliche Bestimmung der Luftqualität erfolgt durch Messen des Kohlensäuregehaltes; derselbe bestimmt sich durch den auf 1 Kind entfallenden Luftraum und die Schnelligkeit der Lufterneuerung. Insofern sich die Luft nicht öfter als dreimal in der Stunde erneuern läßt, ohne durch Zug lästig zu werden, ergiebt sich pro Kopf ein Mindestmaß von Luftraum, das unter Voraussetzung möglichst starker Ventilation vorhanden sein muß (vergl. dieses Handbuch Bd. IV). Trifft letztere Voraussetzung nicht zu, so muß der Luftraum entsprechend größer sein. Unter Berücksichtigung der kindlichen Kohlensäureproduktion wird für Säuglinge im allgemeinen als Mindestforderung ein Luftraum von 5—8 cbm, für Kinder bis zu 6 Jahren ein solcher von 3,5—5 cbm beansprucht, und zwar muß bei dem letzteren Raumverhältnis, um den Kindern genügend Spielraum zu lassen, auf jedes Kind eine Bodenfläche von ca. 1 qm kommen (vergl. Leuch-Küttel[5], Hinträger[7], Uffelmann[8]). Es kann aber nicht genug betont werden, daß diese Masse nur Mindestforderungen entsprechen und sich außerdem sofort erhöhen, wenn, wie dies gewöhnlich der Fall ist, die Lufterneuerung nicht genügend häufig ist.

Wir besprechen nunmehr getrennt Einrichtung und Betrieb der Krippe und Kinderbewahranstalten.

1. Krippe.

Eine gut eingerichtete Krippe hat folgende Räumlichkeiten (siehe Hinträger[7], Fellner[9]):

1) Warteraum für die Mütter; 2) Kleiderablage; 3) Badezimmer; 4) Aufenthaltsraum für die Säuglinge; 5a) Aufenthaltsraum für die Kriechlinge; 5b) Aufenthaltsraum für die Gehlinge; 6) Schlafraum; 7) Zimmer zum Säugen; 8) Isolierzimmer; 9a) Küche; 9b) Milchküche; 10) Waschküche; 11) Raum für Eisspind und Wirtschaftssachen oder Keller; 12a) Wohnung für das Personal (mit Klosett); 12b) Verwaltung; 13a) Ueberdeckter Raum; 13b) Garten.

Bei großem Betrieb müssen die unter a) b) c) rubrizierten Räumlichkeiten getrennt vorhanden sein, sodaß ihre Gesamtzahl 17 betragen würde; aber im allgemeinen wird man sich mit den aufgeführten 13 Hauptnummern begnügen können. (No. 12, Wohnung für das Personal, wird

je nach den Verhältnissen aus einer verschiedenen Anzahl von Räumen bestehen.) Sehr häufig muß man mit einer noch kleineren Anzahl von Räumen vorlieb nehmen, z. B. mit den folgenden 11 Räumen: 1 (2 + 3), (4 + 6), 5, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13 — oder bei noch beschränkterer en Verhältnissen mit den folgenden 6 Räumen: (2 + 3), (4 + 5 + 6 + 7), 9, 10 (8 + 12), 13. (Eine Klammer bedeutet hierbei einen Raum; die in ihr enthaltenen Zahlen lassen die Zwecke, welchen das Zimmer gleichzeitig zu dienen hat, erkennen.)

In der Krippe muß größte Sauberkeit, Ordnung und Ruhe herrschen; es ist deshalb empfehlenswert, die Mütter, an denen der Schmutz ihrer Wohnung, der Straße oder der Arbeitsstätte, oft auch die Keime ansteckender Krankheiten haften, nicht in die Krippe selbst zu lassen. Auch kann nur bei strengem Abschluß der Krippe die Verwaltung die volle Verantwortlichkeit für die ihr anvertraute Pflege des Kindes übernehmen und sich anderseits die nörgelnde Kritik, welche von denen, die Wohlfahrtseinrichtungen benutzen, im Uebermaß geübt zu werden pflegt, fern halten. Es ist deshalb ein Warteraum für die Mütter (1) empfehlenswert, wo die Kinder vor Beginn der Arbeit übernommen und Abends bei der Rückkehr von der Arbeit wieder zurückgegeben werden — beides zu genau innezuhaltenden Stunden. Nach der Uebernahme werden die Kinder in der Kleiderablage (2) ihrer Ueberkleider entledigt, die nach Nummern geordnet frei an Riegeln hängend oder in Fächern liegend aufbewahrt werden. Obgleich verlangt werden muß, daß die Kinder einigermaßen sauber und ordentlich in die Krippe gebracht werden, ist es doch empfehlenswert, alle Säuglinge lauwarm zu baden und die größeren Kinder kühl abzuwaschen; zu diesem Zwecke ist das Badezimmer (3) mit Heizvorrichtung, Vorrichtung zum Anwärmen der Wäsche, Wickeltischen, Badewannen und einem Gestell, welches für jedes Kind numeriert Schwamm etc. enthält, versehen. Aus dem in einem Schrank des Badezimmers aufgestapelten Wäsche- und Kleidervorrat werden die Kinder für die Dauer ihres Aufenthaltes in der Krippe bekleidet, während ihre eigenen Kleider in der Kleiderablage aufbewahrt werden. Vor dem Ankleiden werden die Säuglinge auf einer Kinderwage in bestimmten Zwischenräumen gewogen.

Nunmehr kommen die Pfleglinge in die Aufenthaltsräume. Die Säuglinge finden in einem besonderen Zimmer (4) eiserne Bettchen, welche auf fahrbaren Gestellen stehen oder fest mit ihnen verbunden sind; die Bettstelle, welche sich leicht reinigen lassen muß, wird mit einem Stoffüberzug überzogen, der nach Bedürfnis gewaschen wird. Netzförmige Ueberzüge sind für die Kinder nicht ungefährlich. Es können auch gewöhnliche Kinderwagen oder Rohrkörbe, welche neben einander auf Holzgestelle gestellt werden, benutzt werden. Das bei Säuglingsbetten beliebte Verdeck käme nur in Benutzung, wenn die Säuglinge in das Freie gefahren werden. Die Lagerung des Kindes sei einfach und beenge nicht, halte aber warm. Das Säuglingszimmer enthält ein Gestell, in welchem nummeriert für jeden Säugling in einer Schale der Saugpfropfen und die zum Reinigen nötigen Dinge aufbewahrt werden. Ferner ist ein Wickeltisch und für die schmutzige Wäsche ein Eimer mit luftdichtem Verschluß erforderlich. Die vielfach gebräuchliche Einrichtung durch ein Fallrohr die schmutzige Wäsche unmittelbar in den Keller zu werfen, empfiehlt sich nicht,

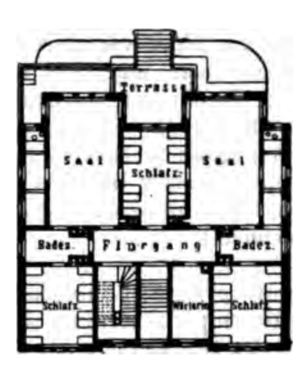


Fig. 1. Olga-Krippe von Stuttgart. Grundriß des Erdgeschosses.

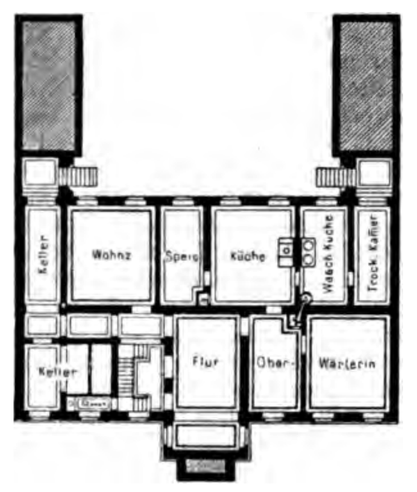


Fig. 2 a. Untergeschoß.



Fig. 3 a. Frontansicht.

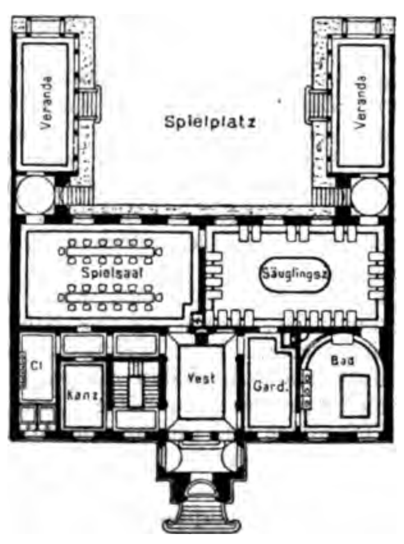


Fig. 2 b. Parterregeschoß.
Plan einer Musterkrippe nach Otto Hefer.

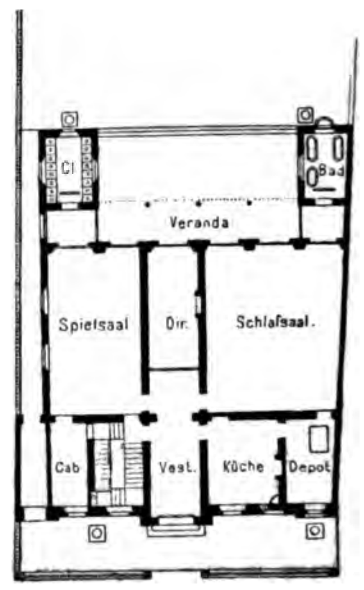


Fig. 3 b. Grundriß des Erdgeschosses.
Krippe Salvatore Fogliani in Mailand.

Die Olgakrippe in Stuttgart (Fig. 1), (1875 errichtet), bietet für 80 Kinder Platz zur Aufnahme. Es befinden sich im Kellergeschoß die Koch- und Waschküche nebst Zubehör, die Heizkammer der Feuer-Luftheizung und die Wirtschaftskeller; im Erdgeschoß 2 Aufenthaltssäle mit Badezimmer, Kleiderablage und Abort, 3 Schlafzimmer, 1 Wärterzimmer und eine bedeckte Terrasse; im I. Obergeschoß ein Beratungszimmer für die Verwaltung mit Kleiderablage, 2 Wohn- und Schlafzimmer und Trockenboden. — Die Stockwerkshöhe beträgt im Erdgeschoß 4,4 m, im I. Obergeschoß 3 m. (Hdb. d. Architektur, V. Halb-Band, 2. Heft, Gustav Behnke „Sonstige Versorgungs-, Pflege-, Zufluchtshäuser" Darmstadt 1891). — Von der Krippe Salvatore Fogliani in Mailand (Fig. 3), welche nach den Plänen des Architekten E. Bignami Sormani erbaut und 1885 eröffnet wurde, geben wir nach Hinträger die Frontansicht (a) und den Grundriß des Erdgeschosses (b); gegen die Straße liegt ein Vorgarten, gegen den Garten eine gedeckte Veranda. Im Obergeschoß sind Wohn- und Verwaltungsräume untergebracht. — In Fig. 2 geben wir den Plan einer Musterkrippe des Architekten Otto Hefer (nach Hinträger); der obere Plan (a) stellt das Souterrain, der untere (b) das Hochparterregeschoß dar.

weil andererseits aus dem Keller in das Zimmer schlechte Gerüche aufzusteigen pflegen. — Getrennt von den Säuglingen werden die größeren Kinder verpflegt. Man kann sie sondern, je nachdem sie erst kriechen oder schon laufen können. In beiden Fällen wird die Einrichtung des Aufenthaltsraumes (5a und b) wesentlich die gleiche sein: das Zimmer muß geräumig sein und dem Kinde möglichst wenig Gelegenheit bieten sich zu klemmen, zu stoßen und ungeeignete Gegenstände zu erreichen. Der Boden wird mit einem Teppich oder wollenen Decken belegt, welche häufig zu reinigen sind, oder auch mit Linoleum, welches den Vorteil größerer Sauberkeit hat. Die kriechenden Kinder werden innerhalb eines hölzernen, auf der Innenseite gepolsterten Rahmens auf den Boden gesetzt. Eine Pouponnière (S. 531) erscheint uns völlig entbehrlich. Emaillierte Nachtgeschirre stehen bereit und werden nach dem Gebrauch sofort entleert und mit kochendem Wasser gesäubert. Ein Wäschekasten enthält die zum Wechseln nötige Wäsche. Schließlich Spielzeug, einige Kinderstühle und -tische!

Sehr verwerflich ist es, wenn Stühle und Tische zum Ausruhen des Kindes herhalten müssen, wie man dies oft sehen muß. Es ist vielmehr auf bequeme Lagerstätten Bedacht zu nehmen, auf denen die Kinder ungestört den Schlaf, den sie noch reichlich nötig haben, genießen können. Am besten stößt an den Aufenthaltsraum ein ruhiger, luftiger und staubfreier Schlafraum (6), in welchem schräge gepolsterte Rahmen auf dem Boden liegen, so daß sich die Kinder bequem, überdeckt von wollenen Decken, nebeneinander lagern können. In Ermangelung eines Schlafkabinets kann man in dem Aufenthaltsraum Polster anbringen, welche sich mittels Charniere an der Wand herunterklappen lassen.

Es ist sehr wünschenswert, daß, soweit es die Beschäftigung der Mütter erlaubt, das Stillen der Kinder nicht vollkommen aufgegeben wird. Vielfach wird sich dies leider nicht durchführen lassen; in anderen Fällen, z. B. in Fabrikskrippen, bietet die räumliche Entfernung kein Hindernis und lässt sich mit Erfolg durch die Leitung der Krippe dahin wirken. Für die stillenden Mütter ist ein besonderer Raum zu reservieren (7), in dem sie, auf niedrigen und breiten Ammenstühlen sitzend, die Kinder anlegen können; auch hier sind nummeriert die zum Waschen der Brust und zum Reinigen des Kindes nötigen Utensilien aufzubewahren. Ist die Krippe im Komplex einer Fabrik gelegen, so wird der Eingang zu diesem Zimmer so liegen, daß es

von der Fabrik, nicht jedoch von der Straße aus zu erreichen ist. (Mechanische Weberei zu Linden.)

Obgleich im allgemeinen nur gesunde Kinder in die Krippe aufgenommen werden sollen, kann doch unter Umständen bei Verdacht auf eine ansteckende Krankheit zunächst eine Trennung von den übrigen Kindern wünschenswert erscheinen; auch können Kinder im Laufe des Tages erkranken, ohne daß man sie den Eltern sofort zurückzustellen vermag: solche Kinder sind in einem besondern Zimmer (8) (Quarantäne- oder Isolierzimmer) unterzubringen. Ist ein solches nicht vorhanden, so muß das Wohnzimmer der Pflegerin hierfür herhalten.

Aus den Aufenthaltsräumen muß man leicht in das Freie (13a, 13b) gelangen, da der möglichst ausgedehnte Genuß der freien und sonnendurchwärmten Luft eine Hauptbedingung für das Gedeihen des Kindes ist. Die Säuglinge verbleiben hierbei in ihren Betten oder Wagen; wenn die Krippe in einem obern Stockwerk liegt, werden die Wagen auf Rampen heruntergefahren (Krippe der mechanischen Weberei in Linden) oder die Säuglinge werden in ihren Steckkissen oder Körben heruntergetragen und im Garten entsprechend, z. B. in krippenartigen Holzgestellen (Leipzig, Martinstift) gebettet.

Ueber die Wohn-, Wirtschafts- und Verwaltungsräume (9, 10, 11, 12) dürfen wir kurz hinweggehen. Wir halten eine besondere Milchküche nicht für nötig, wenn die Hauptküche geräumig ist; unterschätzen aber darum nicht die außerordentliche Bedeutung, welche die sorgfältige Zubereitung der Milch hat. Indem bezüglich des Aufziehens der Säuglinge auf einen späteren Abschnitt zu verweisen ist, sei bemerkt, daß sich dauernd gute Resultate auch nach unseren persönlichen Feststellungen wesentlich in solchen Krippen finden, in denen sterilisierte Milch in Anwendung kommt; aber auch hierbei ist ein kühles Aufbewahren der Milch — im Eisschrank oder Keller (11) — unentbehrlich. Eine besondere Waschküche (10) (sowie geeigneter Trockenraum) wird schon durch die große Menge schmutziger Wäsche erfordert; ein einfaches Trocknen durchnäßter Windeln ist selbstverständlich zu verwerfen, und ebenso wenig genügt meist das Spülen den Anforderungen der Sauberkeit, so daß entweder ein sehr reicher Wäschevorrat oder häufige regelrechte Wäsche gefordert werden muss. — Die Wohnräume des Personals (12a) müssen gut und reichlich sein; eine wesentliche Bedingung für die gute Leitung einer Krippe ist ein zahlreiches und geschultes Personal. Die Unterhaltungskosten der Krippe werden dadurch, daß das Personal in derselben wohnt und seine Kost erhält, erheblich vermindert. Ein besonderer Verwaltungsraum ist nur bei sehr großen Krippen nötig; meist kann er durch das Wohnzimmer der Vorsteherin ersetzt werden. Es ist im Allgemeinen eine Vorsteherin, eine Köchin und Wäscherin (bei kleinen Krippen Köchin und Wäscherin in einer Person vereint) sowie für je 3—5 Kinder ein Kindermädchen nötig. Wir müssen grundsätzlich das Bestreben verwerfen, mit einem kleineren Personal dadurch auszukommen, daß man die Pflege schematisch gestaltet (z. B. nur in bestimmten Zwischenräumen alle Kinder trocken legt) oder durch mechanische Mittel sich die Ueberwachung und Pflege über Gebühr erleichtert.

Für letzteres einige Beispiele! Man findet die Wickeltische mit hohen Barrièren umgeben, damit die Kinder nicht herunterfallen, während sich

die Wärterin entfernt; die größeren Kinder werden zwischen Tisch und Stuhl eingeklemmt, damit sie sich nicht bei fehlender Ueberwachung durch freie Bewegung schädigen; womöglich ist der Stuhl gleichzeitig als Nachtstuhl eingerichtet, damit das Kind nicht abgehalten zu werden braucht; oder die Kleinen werden in der Pouponnière (einer ovalen oder runden Anordnung von Tisch, Bank und Laufbahn) zwischen Bank und Tisch gezwängt, um bequemer überwacht und gefüttert zu werden. Sehr beliebt ist es auch, den Säuglingen die Saugflasche in das Bett zu legen und sie mittels des gefährlichen Gummischlauches beliebig lange aus derselben saugen zu lassen, oder Kindern, welche sich schon frei bewegen, die Saugflasche vor die Brust zu binden.

Gelegentlich der Schilderung der Räume und Einrichtung einer Krippe bekamen wir einen Einblick in die Grundzüge der durch das Personal auszuübenden Pflege; zu dieser kommt noch als wichtige Ergänzung die Thätigkeit des Arztes und der Aufsichtsdamen bez. des Vorstandes. Dieselben haben gemeinsam festzustellen, ob die schon oben besprochenen Voraussetzungen zur Aufnahme vorhanden sind. Der Vorstand wird die weiteren sachlichen Verhandlungen mit den Eltern erledigen.

Um eine zweckmäßige Pflege durchzuführen und ein objektives Urteil über ihren Erfolg zu gewinnen, ist der regelmäßige Besuch der Krippe durch die Aufsichtsdame und vor allem durch den Arzt erforderlich; letzterer hat für jedes Kind ein Journal anzulegen, in welches zunächst bei der Aufnahme und fortlaufend in regelmäßigen Zwischenräumen Körperverfassung und Gewicht eingetragen werden. Der Arzt hat ferner die Verantwortung dafür zu übernehmen, daß die Krippenpflege in jeder Richtung den gesundheitlichen Anforderungen entspricht, zu welchem Behufe er mit der nötigen Autorität gegenüber dem Pflegepersonal zu bekleiden ist. Bei Erkrankungen der Säuglinge hat er, soweit es ihm erforderlich scheint, schnelle Isolierung und Entfernung aus der Krippe zu bewirken, während die Krankenbehandlung im allgemeinen nicht zu den Obliegenheiten des Krippenarztes gehört.

Betrachten wir, wie weit nach Ausdehnung und Betrieb die Krippen diesen Forderungen entsprechen.

Die erste Krippe wurde durch die Fürstin Pauline von Lippe-Detmold (1802) errichtet, aber erst Firmin Marbeau gab mit der Gründung einer Krippe in Paris (1844) — dank seiner unermüdlichen Agitation — den Anstoß zur größeren Verbreitung der Säuglingsbewahranstalten. Diese dürften auch jetzt noch in Frankreich am zahlreichsten sein; es bestehen jetzt in Paris 51 Krippen und im übrigen Seine-Département 23; außerdem finden sich Krippen noch in 140 französischen Provinzialstädten [10]. Die französischen Krippen sollten (im Jahre 1883) täglich ca. 4000 Kinder beherbergen und 1,2 Million Verpflegungstage im Jahre haben — eine Zahl, die sich seither beträchtlich vermehrt haben dürfte. Nächst Frankreich scheinen Oesterreich (hierbei Wien mit ca. 11 Krippen) [11] und vielleicht auch die Vereinigten Staaten am meisten Krippen zu besitzen, aber sie finden sich außerdem mehr oder weniger zahlreich in den meisten Kulturländern. Was im besonderen Deutschland angeht, so bestehen hier jetzt ca. 67 Krippen (in Preußen 15, hiervon in Berlin 3) (Schlosser [6], Bericht [11]).

Die Zahl der Kinder, welche gleichzeitig in einer Krippe verpflegt werden, schwankt in Deutschland meistens zwischen 10 und 20, nur wenige Krippen sind größer (z. B. die Olgakrippe in Stuttgart, die Maria-Apolloniakrippe in Düren). Die Krippen des Seine-Départements sind durchschnittlich größer; wenn wir von der Krippe der Westbahn mit 100 Betten absehen, schwankt die Bettenzahl zwischen 15 und 50 (im Durchschnitt 32 Betten).

Die Krippen sind im allgemeinen während der Arbeitsstunden geöffnet, und zwar das ganze Jahr hindurch mit Ausschluß der Sonn- und Feiertage; in einzelnen Fällen sind sie jedoch nur während gewisser Jahreszeiten, z. B. auf dem Lande nur während der Erntezeit in Benutzung; zuweilen kommen die Kinder auch nur während eines halben Tages in die Krippe, weil die Mutter nur vorübergehend vom Hause abwesend zu sein braucht. Andererseits behalten andere Krippen die Kinder ausnahmsweise oder sogar regelmäßig auch Nachts, in welchem letzteren Fall allerdings die Bezeichnung „Krippe“ nicht mehr mit Recht Anwendung findet. Im allgemeinen pflegt der Besuch der Krippen ziemlich unregelmäßig zu sein, weil er von der Witterung, von Schulferien, von zeitweiliger Arbeitslosigkeit (die z. B. während der Sommererholung der Wohlhabenden eintritt) beeinflußt wird. Es war, 251—257 Verpflegungstage auf 1 Jahr gerechnet, ein Kind durchschnittlich in Verpflegung im Krippenverein München i. d. Isar 47 Tage, in den Krippen des Seine-Départements 64 Tage, in der Schweriner Krippe 69 Tage, in der Dürener Krippe 119 Tage (aus Berichten der letzten Jahre).

Das Bedürfnis für Krippen wechselt zwar in den einzelnen Ländern, je nachdem die Frau sich mehr oder weniger häufig außerhalb des Hauses beschäftigt, sodaß man es z. B. für Süddeutschland von vornherein höher als für Norddeutschland annehmen muß, aber, hiervon abgesehen, kann man mit großer Bestimmtheit behaupten, daß die Krippen bisher fast nirgends diejenige Ausdehnung gewonnen haben, welche dem Bedürfnis entspricht und ihnen für die Erreichung ihrer Ziele zu wünschen wäre. Die öffentliche Wohlthätigkeit, auf welche die Krippen meistens angewiesen sind, wendet sich ihnen, wenigstens in Deutschland, verhältnismäßig wenig zu, sodaß die Existenzmittel der Krippen sehr beschränkt zu sein pflegen. Allerdings wird ihnen in einzelnen Fällen staatliche oder kommunale Beihilfe gewährt (besonders in Frankreich und Belgien), ohne daß diese jedoch zu einem genügenden Ausbau des Krippenwesens auszureichen pflegt. Frei von diesem materiellen Hemmschuh sind wesentlich jene Krippen, welche von Frauenvereinen (Badischer Frauenverein, Elberfelder Frauenverein) unterhalten werden, vor allem aber einzelne Privatstiftungen (z. B. Maria-Apollonia-Krippe in Düren) und solche Krippen, welche von großen Geschäftsbetrieben für die Kinder ihrer Arbeiter gegründet sind (Krippe der mechanischen Weberei in Linden, Krippe der französischen Westbahn in Paris).

Vor allem erschwert häufig die Beschränktheit der Mittel eine geeignete Unterbringung innerhalb der überfüllten Arbeiterviertel; ein eigenes geräumiges Heim mit Garten wird oft entbehrt, was um so mehr zu bedauern ist, als der Erfolg der Pflege von der Räumlichkeit in erster Linie abhängt, zuweilen bringt man in Ermangelung eines eigenen Gartens (in London und Paris) die Kinder in die öffent-

lichen Gartenanlagen; nur selten (z. B. in Antwerpen, in Gießen) stellen die Gemeinden Lokale zur Verfügung oder bestreiten die Miete.

Die Verpflegungsgelder werden überall in einer solchen Höhe angesetzt, daß die Eltern bez. Mütter sie selbst bei großer Armut bestreiten können (10—15—20 Pfg. pro Tag, in London 3 Pence); einzelne Krippen verlangen überhaupt keinen Beitrag, bei anderen kommt er insoweit in Wegfall, als die Verpflegung auf Veranlassung der Armenverwaltung erfolgt.

Sieht man von der Lokalmiete ab, so stellen sich die Verpflegungskosten per Kopf und Tag im allgemeinen in Paris auf 0,79 Mk. (in der Umgebung von Paris auf 0,77 Mk.), auf 0,50—0,75 Mk. in Deutschland und gehen in den Krippen des Krippenvereins München links der Isar sogar auf 0,21—0,49 Mk. (einschließlich Miete 0,35—0,55 Mk.), in denen des Wiener Central-Krippenvereins auf 0,17—0,36 Mk. (einschließlich Miete 0,27—0,47 Mk.) herunter.

Die Pflege in den Krippen erfolgt häufig durch Ordensschwestern, in anderen Fällen durch andere mehr oder weniger ausgebildete weibliche Personen.

So sehr man auf der einen Seite die aufopfernden Mühen der oft überbürdeten Pflegerinnen anerkennen muß, so läßt sich leider auf der anderen Seite nicht verschweigen, daß dem Wartepersonal nicht selten die nötigen Kenntnisse in der Kinderpflege fehlen und statt ihrer die alten, darum aber nicht immer bewährten Regeln der Kinderstube zur Verwertung kommen. Es fehlt leider oft an der nötigen Lüftung der Räume, an der sachgemäßen Zubereitung der Säuglingsnahrung und vor allem an der strengen Durchführung des Grundsatzes, daß jedes Kind seine eigenen Utensilien (Schwämme, Mundlappen, Taschentücher, Saugpfropfen, Teller, Löffel etc.) haben muß. Auch wird oft nicht genügend darauf gedrungen, daß die Mütter, soweit es irgend möglich ist, das Säugen fortsetzen. Wir würden dies nicht so scharf hervorheben, wenn diese Klagen nicht für aus- und inländische Krippen vielfach öffentlich erhoben wären[4], auch nach unserer persönlichen Erfahrung häufiger, als man denken sollte, gerechtfertigt wären.

Diese nicht seltenen Mängel sind weniger zu Lasten des Wartepersonals als der Verwaltungs- und Aufsichtsorgane zu schreiben. In der That entspricht vor allem die ärztliche Aufsicht häufig nicht den oben entwickelten Anforderungen, und selbt da, wo statutenmäßig oder sogar durch Gesetze (wie in Frankreich) ein täglicher ärztlicher Besuch verlangt wird, findet derselbe nur selten regelmäßig statt; um wie viel weniger da, wo der ärztliche Besuch nur aus Gefälligkeit geleistet oder nach dem Ermessen der Vorsteherin erbeten wird. Hieraus ergiebt sich dann zuweilen nicht nur die Fortdauer gesundheitsschädlicher Zustände, sondern es fehlt auch beim Einschleichen ansteckender Krankheiten ein schnelles und zweckmäßiges Eingreifen, um einer Verseuchung der Krippe vorzubeugen. Die Erkrankungen der Krippenkinder sind aber um so ernster zu nehmen, als letztere oft eine schwächliche Konstitution haben und sich die natürliche Ernährung an der Mutterbrust nur verhältnismäßig selten bei der Krippenpflege fortführen läßt.

In der That verschonen die an einem Orte herrschenden Kinderkrankheiten (vor allem Masern, Röteln, Pocken, Keuchhusten) ver-

hältnismäßig selten die Krippe: es ist das begreiflich, da jeden Morgen von neuem die Möglichkeit der Einschleppung gegeben ist und der Mangel an Wartepersonal und Isolierräumen die vorläufige Absonderung verdächtiger Kinder gewöhnlich unmöglich macht. Die Kinder aber bei einem noch unsicheren Verdacht einfach abzuweisen, fällt bei der Schwierigkeit einer sofortigen anderweitigen Verpflegung schwer. Bei Verseuchung der Krippe bleibt häufig keine andere Möglichkeit, als sie zeitweise zu schließen. Abgesehen von den eingeschleppten Krankheiten, kommen in der Krippe selbst — bei einem überhaupt unbefriedigenden Zustand der Krippe und besonders bei unzweckmäßig geleiteter Ernährung — zumal in den Sommermonaten Darmkrankheiten zum Ausbruch, deren man oft trotz aller Bemühung nicht Herr werden kann. — Wie weit Skrofeln und Rhachitis auf Rechnung der Krippenpflege zu stellen sind, wird im allgemeinen schwer zu sagen sein, da die Anlage hierzu meist schon mitgebracht ist.

Wir schieben hier einige Bemerkungen über das französische Krippenwesen ein. Die schnelle Zunahme der Krippen hat hier eine gesetzliche Regelung veranlaßt (im J. 1862). Vor der Eröffnung der Krippe muß der Präfekt sich überzeugen, daß die Räume den Anforderungen der Hygiene entsprechen und daß die Pflegerinnen nach Kenntnissen und Moralität geeignet sind. Er bestimmt die zulässige Zahl von Kindern; dieselben sind bis zum Eintritt in die Kleinkinderbewahranstalten bez. bis zum vollendeten 3. Jahr entsprechend ihren Bedürfnissen zu verpflegen; Nachtpflege ist untersagt, ebenso die Pflege kranker Kinder. Auf jedes Kind müssen mindestens 8 cbm Luftraum kommen; es ist täglicher Besuch durch den Arzt vorgeschrieben. Diese Bestimmungen wurden niemals regelmäßig durchgeführt. Obgleich nicht der Loi Roussel unterworfen, werden jedoch seit Einführung der gesetzlichen Ueberwachung der Haltekinder von den hierfür angestellten Médecin-inspecteurs und den Aufsichtsdamen wenigstens im Seine-Département auch die Krippen beaufsichtigt. Aus den durch diese Organe erstatteten Berichten (vom J. 1889) geht hervor, daß alle die Mängel, deren häufiges Vorkommen wir oben erwähnten, auch in Frankreich — trotz der präzisen Vorschriften des Gesetzes — unbeschadet des im übrigen segensreichen Wirkens der Krippen gerügt werden (Bulletin [10], No. 63, p. 450 [1891]). Bei regelmäßiger Einsendung ihrer Jahresberichte darf die Krippe auf eine staatliche Subvention rechnen. Für das Jahr 1894 bewilligte das Parlament für Krippen und Säuglingsschutz 156000 frcs., der Conseil général de la Seine für die Krippen der Pariser Vororte 15000 frcs., der Stadtrat von Paris 70000 frcs.

Die Sterblichkeitszahlen, welche für die Krippenpflege der Säuglinge angegeben werden, bleiben hier unerwähnt (vergl. Pfeiffer[12] und dessen Kritik durch Schlosser[6]). Da die Kinder einen wechselnd großen Teil des Jahres, nie aber — mit einigen Ausnahmen (z. B. in Nürnberg und Fürth), die insofern eigentlich nicht mehr unter den Begriff „Krippe" fallen — während des ganzen Tages durch die Krippe verpflegt werden, so kann die Sterblichkeit der Krippe nicht mit sonst bekannten Sterblichkeitszahlen verglichen werden, zumal die Krippen kranke Kinder der Regel nach von der Aufnahme ausschließen müssen.

Aber auch ohne Berücksichtigung dieser Zahlen und ohne Kenntnis der Pflegeresultate, die sich durch fortdauernde ärztliche Eintragungen feststellen ließen, kann man zu einem Urteil über den hygienischen Wert der Krippen gelangen. So wenig wir geneigt sind die Thatsache zu verdunkeln, daß ein Teil der bestehenden Krippen den hygienischen Forderungen, wie wir sie kurz angedeutet haben, nicht in allen Punkten entspricht, ebensowenig kann man verkennen, daß unter voller Berücksichtigung aller Regeln der Gesundheitspflege die Krippe nicht nur in der Lage ist das ihr anvertraute Kind ebenso gesund zu erhalten wie es außerhalb im gegebenen Falle möglich wäre, sondern noch weit darüber hinaus den Gesundheitszustand des Kindes zu heben. Die Berichte einzelner Krippen geben dieser Meinung genügende Stütze. Wir erfahren hier z. B., daß sich selbst bei ausgedehnter Masernepidemie die Verseuchung der Krippe verhindern ließ, daß es gelingt, den Sommerdiarrhöen durch Verabreichung sterilisierter Milch vorzubeugen, und wir begegnen in den besser geleiteten Krippen ganz gewöhnlich der Beobachtung, daß sich das Allgemeinbefinden der Kinder während der Pflege sichtlich verbesserte. Andere Schwierigkeiten lassen sich schwerer überwinden, weil sie der Krippe als solcher anhaften: hierher rechnet vor allem die Bedrohung der Gesundheit durch den Transport zur Krippe, welcher in früher Morgen- und später Abendstunde — oft auf weite Entfernungen und bei ungünstiger Witterung — erfolgen muß*).

Wie andere gemeinnützige Einrichtungen zur Kinderpflege ist auch die Krippe sehr geeignet, durch Beispiel und Belehrung die Kinderpflege in den ärmsten Volksschichten zu heben.

Bei aller Anerkennung des Nutzens, welchen die Krippen in gesundheitlicher Richtung zu stiften im Stande sind, braucht nicht verkannt zu werden, daß sie nur ein Notbehelf sind. In den ersten Lebenswochen des Kindes sollte man überhaupt nicht zu ihm greifen und statt seiner durch anderweitige Einrichtungen (s. früher) die Pflege des Kindes zu ermöglichen suchen. Andererseits sollte man ihn in Wegfall kommen lassen, sobald die Mutter in der Lage ist oder sich in die Lage bringen könnte, ihr Kind zu Hause zu verpflegen. Da aber, wo die Mitarbeit der Mutter für die Beschaffung des Unterhaltes der Familie nicht zu entbehren ist, oder sogar allein die Arbeit der Mutter dem Kinde den Unterhalt schaffen muß (wie es bei den ledigen Müttern oft der Fall ist), stellt die Krippe die einzig mögliche Lösung des Problems dar ohne dauernde Trennung von dem Kinde der Armut mit ihren traurigen gesundheitlichen Folgen auszuweichen. Eine dauernde entgeltliche Familienpflege würde zwar vielfach — bei guter Durchführung — noch zuträglicher für die Gesundheit des Kindes sein, aber dieselbe ist nicht nur aus Mangel an Geldmitteln gewöhnlich an uud für sich ausgeschlossen, sondern hat auch den schweren ethischen und sozialen Nachteil eine Trennung von Mutter und Kind mit sich zu bringen.

Es seien von den bekannten Krippen Deutschlands folgende namentlich erwähnt: Olgakrippe in Stuttgart (s. Grundriß S. 528), Krippe des Badischen Frauenvereins in Karlsruhe, Krippe des Elberfelder Frauenvereins, Maria-Apollonia-Krippe in Düren (Rheinland), Krippe

*) In der Maria-Apollonia-Krippe in Düren hat man es für zweckmäfsig gefunden, den Müttern zum Schutze der Kinder wollene Decken zu leihen.

der Aktien-Gesellschaft mechanische Weberei zu Linden (bei Hannover). — Belgien: Krippe in Antwerpen, Lüttich. Italien: il Instituto di Maternità in Mailand.

3. Kinderbewahranstalten.

Für den Betrieb von Kinderbewahranstalten sind die folgenden Räume erforderlich:

1) Kleiderablage; 2) Bedürfnisanstalten; 3) Spielsaal; 4) Beschäftigungssaal; 5) Schlafraum; 6) Isolierzimmer; 7) Wirtschaftsräume; 8) Wohnungen; 9) Verwaltung; 10) überdeckter Raum, Spielplatz und Garten. In den Brünner städtischen Kindergärten befindet sich auch ein Badezimmer für die Zöglinge.

Je nachdem die Kinder in der Anstalt verköstigt oder über Mittag nach Hause entlassen werden, je nachdem sie ferner während ihres Aufenthaltes nur gewartet oder auch unterrichtet werden, schwankt das räumliche Bedürfnis. Werden z. B. die Kinder nur vor- und nachmittags einige Stunden verpflegt, so genügt allenfalls die folgende Kombination von Räumen: 1, 2, 3, 5, 6, 10, wozu noch 7 und 8 treten, wenn das Personal der Bewahranstalt in derselben wohnt. Erhalten die Kinder ihre Mahlzeiten in der Anstalt, so tritt noch ein Speisezimmer (4) zu den aufgezählten Räumen. Dasselbe wird bei Beschäftigung nach Froebel auch als Beschäftigungssaal (4) dienen können.

Immerhin ist zu betonen, daß in einer gut eingerichteten Kinderbewahranstalt von den Räumen 1—6, zu denen noch ein freier Platz (10) kommt, keiner entbehrt werden kann. Denn selbst dort, wo nach der Art des Betriebes nur 1 Aufenthaltsraum erforderlich ist, wird in Rücksicht darauf, daß es sich bei derartig beschränkten Verhältnissen meist um Mietswohnungen mit ungenügenden Raumverhältnissen handelt, eine häufige energische Lüftung des einzigen Aufenthaltsraumes unentbehrlich sein; damit aber während derselben alle Kinder den Raum verlassen können, muß ein zweiter Raum, der durch Korridor und Schlafkabinet gewöhnlich nicht zu ersetzen ist, die Kinder aufnehmen können. Auf der anderen Seite wird man über die von uns verlangte Zahl von Räumen hinausgehen müssen, sobald die Zahl der Kinder 40—50 übersteigt; es muß dann eine Trennung in mehrfache Abteilungen vorgenommen werden. Denselben sind eigene Räume zuzuweisen, da sich durch eine alternierende Benutzung eines Spiel- und Beschäftigungssaales die gleichen Mißstände ergeben würden, die wir eben für eine Bewahranstalt mit nur einem Aufenthaltsraum andeuteten; allenfalls könnten sich 2 Abteilungen mit 2 Beschäftigungssälen und 1 Spielraum begnügen, wenn letzterer nach jeder Benutzung durch eine Klasse gründlich gelüftet würde.

Wenn die Kinder morgens durch ihre Angehörigen gebracht sind, so werden in der Kleiderablage die Ueberkleider abgelegt, die Kinder bezüglich Gesundheit und Sauberkeit besichtigt und mit Schürzen oder Ueberkleidern, welche der Anstalt gehören, bekleidet. Die Ablage enthält Kleiderfächer oder Haken, Schirmständer, Bänke. Es findet sich hier auch Waschgelegenheit, um Hände und Gesicht nötigenfalls zu reinigen.

Neben der Kleiderablage sind die Bedürfnisanstalten unter-

zubringen. Man rechnet nach Hinträger[7] 4 Sitze für 100 Kinder und 2 Pißstände für je 100 Knaben und einen besonderen Klosetraum für die Lehrerinnen. Die Aborte müssen leicht zu überwachen sein; es ist auf ausreichende Wasserspülung, Lüftung mittels eines ins Freie führenden Fensters und größte Reinlichkeit zu sehen. Geschieht dies, so wird man im allgemeinen davon absehen können, die Aborte in einem besonderen Anbau, der durch einen verdeckten Gang zu erreichen ist, unterzubringen.

Eine Kinderbewahranstalt alten Stiles würde sich mit der Wartung der Kinder — womöglich in einem Raum — begnügen. Will die Kinderbewahranstalt aber das Familienleben nachahmen, so muß sie neben sorgfältiger Körperflege auch den in diesem Alter sich schnell entwickelnden geistigen und moralischen Fähigkeiten die entsprechende Pflege widmen. Gegenüber anderen Versuchen zur Lösung dieser Aufgabe erscheint das Froebel'sche System, welches methodisch, mit Hilfe der Anschauung und eigenen Thätigkeit des Kindes, Geist und Charakter des Kindes entwickelt, als das vollkommenste. Auf den Inhalt dieser Methode genauer einzugehen, ist hier nicht der Ort. Der Hygieniker hat nur zu betonen, daß unter allen Umständen eine vollkommene Harmonie in der geistigen und körperlichen Entwickelung des Kindes bewahrt bleiben muß. Um dies zu erreichen, muß die Erziehung zunächst individualisierend vorgehen. Schon aus diesem Grund dürfen einer Lehrerin nicht mehr als 25 bis höchstens 30 Kinder zugeteilt werden. Ferner ist in dem zarten Alter, mit dem wir es hier zu thun haben, eine einseitige oder übermäßige Beanspruchung der Körperkräfte unbedingt zu vermeiden: es sollen bei den Beschäftigungsarbeiten die Augen nicht überanstrengt werden; es sollen durch schulmäßigen Zwang beim Sitzen nicht die Muskulatur und das Knochensystem ermüdet und einseitig angestrengt bez. belastet werden. Es darf weder die körperliche Energie bis zu ihrer vollen Höhe in Anspruch genommen werden, noch darf beim Unterricht die geistige Spannkraft über Gebühr ausgenutzt werden. Das Kind soll, soweit sich dies bei einer gemeinsamen Erziehung irgend vermeiden läßt, nicht durch zu strenge oder pedantische Disciplin eingezwängt werden, sondern sich seinen Frohmut und seine Harmlosigkeit bewahren.

Wenn alle diese Forderungen dauernd im Auge gehalten werden, ist es gerade der Froebel'sche Kindergarten, welcher in der wohlthätigsten Weise die kindliche Entwickelung fördern wird. An Räumen erfordert er, abgesehen von den Nebenräumen, einen Beschäftigungssaal, einen Spielsaal und einen Garten. Der Beschäftigungssaal muß bezüglich der Beleuchtung die Anforderungen erfüllen, die man an ein Schulzimmer stellt; „die Fensterfläche soll niemals unter $^1/_5$ der gesamten Bodenfläche des Zimmers heruntergehen" (Leuch[5]), das Licht soll von der linken Seite einfallen. Das Beschäftigungszimmer muß nach den Grundsätzen der Schulhygiene konstruierte Kinderbänke und Tische enthalten, auf denen die Kinder der Lehrerin zugewandt sitzen. An den Tischen werden die Kinder beschäftigt und unter Umständen auch gespeist. Aus gesundheitlichen Rücksichten möchten wir allerdings den am Tisch ausgeführten feineren Beschäftigungen keine zu große Berücksichtigung wünschen, sondern mehr Anschauungsunterricht, Erzählungen und dergl. bevorzugen, denen die Kinder (wie dies in England geschieht) ohne Benutzung eines Tisches, auf einer Bank sitzend, folgen können. (In dem Beschäftigungssaal

finden außerdem Platz Tisch und Stuhl der Kindergärtnerin, Wandtafeln, Kästen, sowie die für den Froebel'schen Unterricht nötigen Gegenstände).

Die Beschäftigungsarbeiten müssen häufig durch Spiele, Körperübungen und durch längere Pausen von Nichtsthun, die im Sommer möglichst im Freien zugebracht werden, unterbrochen werden. Die Größe des Spielsaals ergiebt sich aus den früheren Ausführungen. Durch die lebhafte Bewegung des Kindes soll keine zu starke Staubentwickelung veranlaßt werden. Es ist deshalb auf die größte Sauberkeit des Spielraums zu achten — dieselbe sollte allerdings für die ganze Anstalt selbstverständlich sein — und vor allen Dingen einer guten Beschaffenheit des Fußbodens große Aufmerksamkeit zu widmen. An der Wand des Spielsaals stehen bewegliche Kinderbänke.

Für sehr wichtig halten wir einen Schlafraum (s. S. 529 über seine Einrichtung), da kleine Kinder auch am Tage Ruhe und Schlaf reichlich genießen müssen. Von der gleichen Bedeutung für ihr Gedeihen ist der Genuß freier Luft. Bei regnerischem Wetter kommt die Veranda oder der an das Haus stoßende überdeckte Teil des Spielplatzes in Betracht. Bei gutem Wetter sollen sich die Kinder auf dem Spielplatz tummeln, der für je 1 Kind mindestens 3 m Fläche haben soll. Er soll mit Kies bestreut sein und trocken liegen; ein Sandhaufen ist an einer sonnigen Stelle anzulegen; er muß aus reinem, feinkörnigem Sand bestehen und vor Verunreinigung durch die Kinder sorgfältig beschützt werden; es besteht sonst u. a. die Gefahr, daß sich die Eier der Eingeweidewürmer von kranken auf gesunde Kinder übertragen. Sehr zweckmäßig ist es, wenn sich auf dem Spielplatz Aborte befinden, welche sich verdeckt an der Wand des Hauses, entsprechend den im Hause befindlichen Abortanlagen, leicht anbringen lassen. Wenn außer dem Spielplatz noch ein Garten vorhanden ist — womöglich mit einer besonderen Abteilung für Beete der Kinder — so wird dies als eine willkommene Ergänzung der Anstalt zu betrachten sein. Für die Bedeutung des Isolierzimmers und der übrigen Räume verweisen wir auf die Einrichtung der Krippen.

Obgleich der Einfluß hygienischer Schädlichkeiten bei Kindern von 3—6 Jahren nicht so schnell offenkundig wird wie bei Säuglingen, so ist er doch auch hier schwerwiegender Natur; es hat daher eine Bewahranstalt den wesentlichen Teil ihres Zweckes verfehlt, wenn sie nicht eine gesunde körperliche Entwickelung ihrer Pfleglinge sorgfältig fördert: wir können deshalb auch die regelmäßige ärztliche Ueberwachung ebensowenig wie bei der Krippe entbehren. Es kann nur als ein unzureichender Notbehelf betrachtet werden, wenn die Kindergärtnerin mit ärztlichen Funktionen, wie z. B. der Erkennung der Anfangstadien von ansteckenden Krankheiten, betraut wird. Eine theoretische und praktische Ausbildung in dem betreffenden Teil der Hygiene ist allerdings bei ihr insofern durchaus wünschenswert, als sie hierdurch befähigt wird, für das körperliche Wohlbefinden der Kinder entsprechend zu sorgen, den Unterricht zweckmäßig einzurichten und die Räume in gesundheitlich gutem Zustand zu halten.

Nach dieser allgemeinen Auseinandersetzung werfen wir einen Blick auf die bestehenden Einrichtungen. Die moderne Entwickelung der Kleinkinderbewahranstalten führt sich auf den Pfarrer Oberlin zu-

rück, unter dessen Einfluß die erste derartige Anstalt (im Jahre 1780) errichtet wurde; zunächst in England Fuß fassend (Wilderspin), dehnte sich die Kleinkinderbewahranstalt mit allmählich wachsender Geschwindigkeit, meistens unter Bewahrung eines streng konfessionellen Standpunktes, in den Kulturstaaten aus. Im Jahre 1837 errichtete Froebel seinen ersten „Kindergarten". Der pädagogische und auch hygienische Fortschritt, der hierdurch in der Erziehung der noch nicht schulfähigen Jugend angebahnt wurde, hat auch die Kinderbewahranstalten auf eine höhere Stufe gehoben und ihnen unter der Bezeichnung der Volkskindergärten — die privaten Kindergärten kommen hier nicht in Betracht — eine weitere Ausdehnung verschafft.

Trotzdem sind auch jetzt noch sehr viele Kleinkinderschulen anzutreffen, welche sich wesentlich mit der Abwartung der Kinder begnügen. Die geistige Nahrung der Kinder ist hier oft unzureichend oder unverdaulich, an anderen Stellen bemerkt man in den Beschäftigungen und an den Bewegungsspielen wenigstens Spuren des Froebel'schen Geistes.

Der Betrieb der Bewahranstalten und Volkskindergärten findet gewöhnlich in der Weise statt, daß die Kinder während der Tageszeit abgewartet und — bei den Kindergärten — mehrere Stunden nach Froebel beschäftigt werden. Manche Anstalten geben den Kindern keinerlei Nahrung, sondern überlassen es den Eltern, dieselbe den Kindern mitzugeben; andere Anstalten geben wenigstens ein Vesperessen, noch andere ein Mittagessen, welches entweder in der Anstalt bereitet oder aus einer öffentlichen Küche besorgt wird. Das Pflegegeld, welches die Kinder zu zahlen haben, schwankt, obgleich grundsätzlich möglichst niedrig gehalten, in weiten Grenzen und ist z. T. abhängig von dem, was den Kindern geboten wird, z. T. von den Mitteln, welche der Leitung der Anstalt zur Verfügung stehen. Die Leitung geschieht durch private Personen, durch Ordensschwestern oder durch vorgebildete Lehrerinnen bez. Kindergärtnerinnen, welche unter Umständen durch ein Kindermädchen unterstützt werden.

Obgleich hier eine specialisierende Würdigung dieser Anstalten vom gesundheitlichen Standpunkt aus nicht möglich ist, erwächst uns doch die Pflicht, auf einige wichtige Punkte im allgemeinen einzugehen.

Vor allen Dingen hat die Unterbringung in geeigneten Räumen meist große Schwierigkeit; während wir wünschten, daß die Anstalten ihre eigenen, ihrem Bedürfnis entsprechend angelegten Räume hätten, müssen sie sich zuweilen mit Räumen, die zu anderen Tagesstunden anderen Zwecken dienen, begnügen, und die, wenn dies selbst nicht der Fall wäre, doch für Zwecke der Kinderverpflegung ihrem ganzen Wesen nach nicht geeignet sind. Im besonderen ist ein Mißverhältnis zwischen Räumlichkeit und Kinderzahl ungemein oft, wahrscheinlich sogar bei der großen Mehrzahl der Anstalten vorhanden. Nur sehr selten dürften sich unsere oben aufgestellten Forderungen erfüllt finden; in Preußen haben z. B. die Kinderbewahranstalten meist 70—80 Kinder (in Berlin im Durchschnitt 86 Kinder), die Kindergärten im allgemeinen weniger (gegen 30), oft aber auch gegen 70 und selbst bis zu 100 Kinder auf engstem Raum vereint. Hierzu kommen dann häufig noch mehrere Erwachsene, welche im gleichen Zimmer die verschiedenen Abteilungen leiten. Diese Zahlen gestatten nur eine ungefähre Schätzung des vorhandenen Notstandes, da die Größenverhältnisse der Räume im allgemeinen nur ungefähr aus der

Zahl der Fenster zu erschließen sind und eine Bestimmung der Bodenfläche, des Luftraumes und der thatsächlich zugeführten Luft auf den Kopf des Kindes nicht ausgeführt ist. Trotzdem kann die Ueberfüllung der Kinderbewahranstalten und Kindergärten, die naturgemäß besonders im Winter hervortritt, nicht leicht überschätzt werden, und die vereinzelten Untersuchungen, welche diese Verhältnisse exakt feststellen, kommen zu fast unglaublichen Ergebnissen (s. Leuch-Küttel[5]).

Der Mangel eines für das einzelne Kind hinreichend bemessenen Luftraumes stellt immer nur ein Glied aus einer größeren Kette von Mißständen dar. Die Raumbeschränkung erlaubt keine räumliche Trennung von Bewegungsspiel und Beschäftigung; die Kinder sind auf Bänken zusammengepfercht und müssen zwischen Bank und Tisch oder gar auf ihnen einen notdürftigen Ersatz der freien Bewegung durch Freiübungen finden; aus dem durch die lebhafte Bewegung der Kinder aufgewirbelten Staub, aus der mit Kohlensäure und Stinkstoffen überlasteten Atmosphäre giebt es kein Entrinnen. Für Gelegenheit zum Ausruhen ist nur selten vorgesorgt; besonders in den Nachmittagsstunden schlafen die Kinder in unbequemer Haltung an Tischen und Bänken ein. Natürlich leidet unter der räumlichen Beengung die Erziehung nicht weniger als die Körperpflege Schaden. Entweder hat die einzelne Lehrerin eine so große Zahl von Kindern vor sich, daß trotz Aufopferung aller Kräfte nicht mehr von einer familienhaften, individualisierenden Erziehung die Rede sein kann, oder es erfolgt eine Trennung in 2 Abteilungen, welche gezwungen sind, gleichzeitig oder hintereinander dieselben Räume zu benutzen.

Eher vermeidbar sind bei richtiger Einsicht in die Aufgaben dieser Anstalten die Fehlgriffe in der Beschäftigung der Kinder. Es ist hier nicht der Ort, vor der Darreichung von Bildungsstoffen zu warnen, welche einseitig und unverständlich sind und im besonderen gegen Uebergriffe zu eifern, die gegenüber der Schule gemacht werden; hier soll nur im allgemeinen bemerkt werden, daß man zuweilen eine Ueberanstrengung des kindlichen Geistes und Körpers — im besonderen auch der Augen — trifft, die leicht vermieden werden kann.

Exakt hygienische Untersuchungen der Kindergärten und Kleinkinderschulen liegen nur für Zürich[5] und Basel vor.

In Zürich wurden 24 Anstalten mit 29 Räumlichkeiten während des Winters untersucht; die sehr mäßige Forderung von nur 3,5 m³ Luftraum pro Kind war nur bei der Hälfte der Räume erfüllt. Bei der Mindestforderung von 1 m² Bodenfläche mußte die Höhe der Räume mindestens 3,5 m betragen, was thatsächlich nur dreimal der Fall war. Die Reinheit der Luft wurde 10 Minuten nach Beginn des Unterrichts oder nach Schluß der Pause an der Kohlensäuremenge gemessen: selbst wenn man 0,1 Proz. Kohlensäure in der Luft noch als zulässig gelten läßt, so war doch nicht ein Lokal, was nicht einen höheren Gehalt hatte, und in einer Reihe von Lokalen stieg der CO_2-Gehalt selbst bis über das Fünffache. Es erklärte sich diese außerordentliche Luftverderbnis u. a. daraus, daß selbst in den größeren Lokalen die Lufterneuerung ungenügend war. Ferner waren die Heizanlagen, die Beleuchtung, die Fußböden u. a. vielfach mangelhaft. Ein Kindergarten hatte sein Lokal in einem Wirtshauszimmer. Ein besonderes Beschäftigungs- und Spielzimmer wurde in keinem der 14 Kindergärten gefunden, die Spielplätze waren kümmerlich. Die Normalzahl von 25 bis höchstens 30 Kindern auf 1 Kindergarten wurde immer überschritten; in den Kleinkinderschulen waren diese Verhältnisse noch weit ungünstiger.

Etwas günstiger scheinen die Verhältnisse in den Kinderbewahranstalten der Stadt Basel (nach freundlicher privater Mitteilung des Herrn Prof. Albrecht Burckhardt) zu liegen. Es giebt dort bei einer Bevölkerung von ca. 70000 Köpfen 36 Kleinkinderbewahranstalten, die von ca. 2300 Kindern besucht werden; höchstens 10 Proz. der Kinder bezahlen ein geringfügiges Schulgeld; die Kosten werden durch freiwillige Beiträge getragen; auch die Beaufsichtigung ist eine freiwillige. Von den 36 Anstalten verdienen nach Burckhardt's Urteil ca. 23 die Bezeichnung „gut" oder „sehr gut". Es kommt auf ein Kind:

	Bodenfläche		Luftraum
in 4 Schulen	0,8—1,0 m²	in 6 Schulen	2,5—3,0 m³
„ 15 „	1,0—1,2 „	„ 5 „	3,0—3,5 „
„ 4 „	mehr als 1,2 „	„ 7 „	3,5—4,0 „
		„ 5 „	mehr als 4,0 „

In diesen 23 besseren Anstalten finden (bei denen uns freilich gerade der Luftraum, der uns den besten Anhalt giebt, nur sehr selten berechtigten Anforderungen zu entsprechen scheint) sich auch gute Fußböden, gute Oefen, Klappfenster, Kleiderablage im Korridor, ordentliche (meist kanalisierte) Aborte, oft separate Spielzimmer. Von den sämtlichen 36 Anstalten haben 28 zum Teil sehr schöne Spielplätze.

Von anderen Orten fehlen entsprechende Untersuchungen; doch dürften dieselben, nach unseren persönlichen Eindrücken zu schließen, vielfach viel ungünstiger ausfallen.

Im Interesse der Anstalten, welche meist hierbei besser versorgt sind und u. a. für ihre Zwecke ein eigenes Heim erhalten, erscheint es, wenn die Verpflegung benachbarter Altersstufen von demselben Verein aus stattfindet. Besonders empfehlenswert ist der Zusammenschluß von Krippe und Kinderbewahranstalt bez. Kindergarten, wofern dieselben getrennte Räume in den gleichen Gebäuden erhalten können.

Wir finden diese Vereinigung vielfach in den verschiedenen Ländern; z. B. ist sie in Belgien unter der Bezeichnung Crèche — École Gardienne schon lange verbreitet (Musteranstalt z. B. in Ixelles), und ebenso verpflegen die meisten Day-Nurseries in England die Kinder bis zum Alter von 5—6 Jahren. In anderen Fällen ist außer der Krippe und dem Kindergarten auch noch ein Kinderhort in dem gleichen Gebäude untergebracht; z. B. in der bekannten „Krippe" der mechanischen Weberei zu Linden, in dem „Kaiser-Friedrich-Kinderheim" in Bornstedt bei Potsdam.

Zuweilen sind Krippe und Kinderbewahranstalt mit gemeinnützigen Anstalten, welche auf die Kinderfürsorge keinen Bezug haben, in räumliche Verbindung gebracht; z. B. hat der Badische Frauenverein seine Kleinkinderanstalten in Karlsruhe im Louisenhaus, und ebenso der Elberfelber Frauenverein seine Krippe in einem Gebäude, welches den verschiedensten sonstigen gemeinnützigen Zwecken dient. Gegen diese Kombinationen gemeinnütziger Einrichtungen ist nichts einzuwenden, soweit die einzelnen Anstalten hierdurch zu zweckmäßiger Einrichtung und Verwaltung gelangen und sich gleichzeitig innerhalb des gemeinsamen Gebäudes genügend abschließen lassen.

Bevor wir die Frage zu entscheiden suchen, ob die Kinder-

bewahranstalten und Kindergärten der Zahl nach dem Bedürfnis genügen, wäre zu erörtern, ob sie überhaupt einem berechtigten Bedürfnis abhelfen wollen. Es ist unbedingt die Notwendigkeit anzuerkennen, diejenigen Kinder, deren Eltern außer dem Hause ihren Lebensunterhalt verdienen müssen, durch gemeinnütziges Vorgehen vor körperlicher und geistiger Verwahrlosung zu bewahren, wenn die Eltern aus eigenen Kräften hierzu nicht imstande sind. Insofern einerseits Kinder im Alter von 3—6 Jahren in Pflege und Ernährung nicht mehr so stark wie die Säuglinge auf die Mutter angewiesen sind, und andererseits die Unterbrechung des Familienlebens — besonders da, wo die Kinder zu Hause ihre Mahlzeiten einnehmen — nicht sehr ins Gewicht fällt, ist, sobald das Bedürfnis im Einzelfalle genügend festgestellt ist, gegen eine Pflege in einer Bewahranstalt nichts einzuwenden.

Die Frage verschiebt sich etwas, wenn die Anstalt den Kindern nicht nur eine aushilfsweise Verwahrung, sondern noch darüber hinaus oder überhaupt nach ihrem eigentlichen Zweck eine dem Alter entsprechende Erziehung gewähren will. Denn eine große Anzahl von Müttern — wohl mindestens so viele, als ihre Kinder in die Volksschule schicken — können für die geistige Entwickelung ihrer Kinder nicht viel thun oder sich wenigstens nicht in planmäßiger Weise um sie bemühen. Ohne Zweifel reichen schon für die Zwecke der Verwahrung, bei der freilich immer gleichzeitig die Absicht der Erziehung bestehen sollte, die Zahl der vorhandenen Anstalten an den meisten Orten nicht aus, und viele der bestehenden Anstalten sind sogar so klein, daß sie zur gesundheitsgemäßen Verpflegung geteilt werden müßten. Für die Ausdehnung, welche die Kindergärten aber erhalten müßten, wenn man sie als zweckmäßige oder gar notwendige Vorstufe für die Volksschule ansieht, giebt ein Blick auf die Ausdehnung der Volksschule einen Anhalt. Ob die Aufgabe der öffentlichen Pflege und Erziehung in dem noch nicht schulpflichtigen Alter mit Recht so weit zu fassen ist, haben wir nicht zu entscheiden. Hier ist nur zu fordern, daß man keinenfalls über die Ausbreitung dieser Anstalten vergessen darf, an der Grundbedingung einer familienhaften, individualisierenden und gesundheitsgemäßen Pflege festzuhalten.

Diese Forderung sind aber die Unternehmungen privater Wohlthätigkeit meist ebensowenig zu erfüllen imstande, wie sie den Anstalten genügende Verbreitung zu geben in der Lage sind. Ein staatliches oder kommunales Eintreten erscheint daher mindestens in der Richtung nötig, daß Einrichtung und Leitung der Kleinkinderanstalten von der Erfüllung bestimmter Bedingungen, welche die hygienische Seite regeln, abhängig gemacht wird. Soweit sich unter einer solchen Kontrolle die Anstalten aus Mangel an Mitteln nicht genügend entwickeln, ist es Sache der Behörden, durch Geldunterstützungen oder durch selbständige Errichtung von Anstalten dem jeweiligen Bedürfnis abzuhelfen.

In der That haben sich die Behörden vielfach angelegen sein lassen, Regeln für Errichtung und Betrieb der Kinderbewahranstalten und Kindergärten aufzustellen und diese Anstalten zu überwachen. Da sich aber bei den letzteren, soweit sie aus privaten Mitteln unterhalten werden, in der Regel nicht ohne Gefahr für ihre Existenz die Durchführung der

Bestimmungen erzwingen läßt, so haben oft die vorgeschriebenen Normen nicht den erstrebten Erfolg.

In Oesterreich befaßt sich eine Verordnung vom 22. Juni 1872 mit den Kindergärten und Kinderbewahranstalten (ebenso wie die anderen einschlägigen Verordnungen in Oesterreich abgedruckt bei Fellner[9]); es ist hier von der Regierung den Kindergärten ein lebhaftes Interesse zugewendet, welches dazu geführt hat, daß sie sich unter Aufsicht und Unterstützung vieler Kommunen (z. B. Wien, Prag, Brünn) reichlich und zweckmäßig entwickelt haben.

In Ungarn ist man noch weiter gegangen; nach einem im Jahre 1892 erlassenen Gesetz über das Kinderbewahrwesen müssen für 3—6 Jahr alte Kinder, die der fortwährenden Aufsicht und Fürsorge ihrer Eltern entbehren müssen, die Gemeinden je nach der Höhe der von ihnen bezahlten Staatssteuern Anstalten errichten; für diese sind Kindergärtnerinnen in besonderen Bildungsanstalten mit zweijährigen Kursen auszubilden. Die Anstalten stehen unter einem Aufsichtsausschuß, welchem der beamtete Arzt als Mitglied angehört; hygienische Vorschläge des letzteren müssen berücksichtigt werden (Schuschny[14]).

In der Schweiz hatten im Jahre 1892 von den 471016 Schülern der Volksschule nur 22500 eine Erziehung in Kleinkinderschulen verschiedener Qualität genossen; es sind hier die Kleinkinderschulen vielerorts vom Staate kontrolliert; in Genf und Umgebung sind sie geradezu dem staatlichen Schulorganismus eingefügt. In Basel steht ein Gesetz bevor, wonach der Staat auf öffentliche Kosten Kleinkinderanstalten einrichten wird, so oft das Bedürfnis in einem Quartier vorliegt; ferner wird er die privaten Kinderanstalten zwingen, hygienisch gute Zustände, speziell auch gute Lokale herzustellen, und wird hierbei einen Teil der Ameliorationskosten tragen. Auch wird eine regelmäßige ärztliche Kontrolle vorgesehen werden[18] (p. 11).

In Frankreich bilden die Écoles maternelles eine staatliche Einrichtung, welche durch Gesetz vom 18. Januar 1883 nach Betrieb, Beaufsichtigung und Unterhaltspflicht genau geregelt ist (Block[15]).

Auch in England (ein Teil dieser und der folgenden Angaben ist Hinträger[7] entnommen) bildet der Volkskindergarten (Infant School) einen Teil des staatlichen Einrichtungs- und Unterrichtswesens; er nimmt in der Regel nicht weniger als 120 und nicht mehr als 300 Kinder auf.

In Italien sind die Giardini d'infanzia selbständig oder mit den Volksschulen vereint.

In Holland bestehen nebeneinander Écoles gardiennes, welche durch die Gemeinden und Privatgesellschaften unterhalten werden (Delvaille[16] p. 221).

In Belgien besuchten im Jahre 1890 von 300000 Kindern von 3—6 Jahren 113172 die Écoles gardiennes (Delvaille[16] p. 188), welche meist in kommunaler Verwaltung stehen.

In Dänemark finden sich die Börneasyler für Kinder von 2—7 Jahren nicht nur in fast jeder Provinzialstadt, sondern auch sehr häufig auf dem Lande. Die erste, 1835 in Kopenhagen gegründete Gesellschaft hat jetzt (1891) 4 Bewahranstalten in eigenen Gebäuden mit 800 Kindern jährlich. In Kopenhagen bestehen außerdem noch 8 andere Bewahranstalten[17].

In Amerika stehen die Kindergärten sehr in Blüte und sind meist kommunale Einrichtungen; sie sind meist mit den Volksschulen vereinigt.

In Deutschland wird zwar vielfach den Bewahranstalten oder Kindergärten kommunale Hilfe gewährt, ohne daß sie aber ihren durchaus privaten Charakter hierdurch verlieren. Es besteht hier keine staatliche Regelung der Kleinkinderbewahranstalten; für Preußen ist zwar noch eine im übrigen veraltete Instruktion des Staatsministeriums vom 31. Dezember 1839 in Kraft, welche die Ortsschulbehörden beauftragt, die Erlaubnis zur Errichtung von Warteschulen zu geben und ihre Beaufsichtigung auszuüben, doch ist diese Verordnung für die hygienischen Verhältnisse der Warteschulen ziemlich belanglos. Um die Verbreitung der letzteren anzudeuten, erwähnen wir, daß allein in Preußen gegen 400 Kleinkinderbewahranstalten und 150 öffentliche Kindergärten bestehen [11].

Wir sehen aus dieser kurzen Aufzählung, daß die gemeinnützige Bedeutung der Anstalten für Kleinkinderpflege und Erziehung immer mehr anerkannt wird; in entsprechendem Maße steigt auch ihre gesundheitliche Ausgestaltung, sodaß, während die einfach subventionierten Anstalten oft noch viel zu wünschen lassen, die kommunalen Anstalten schon in höherem Maße die gerechten Anforderungen der Hygiene erfüllen.

b) Kinderhorte.

An die Krippen, Kinderbewahranstalten und Kindergärten hätten wir noch mit wenigen Worten die Kinderhorte (weniger gut „Kinderheime" genannt) anzuschließen. Dieselben sind nach den Geschlechtern getrennt in Knabenhorte und Mädchenhorte. Sie haben die Aufgabe, „Kindern im schulpflichtigen Alter, deren Eltern durch ihre Arbeit von der Häuslichkeit fern gehalten werden, während des Tages in der schulfreien Zeit Pflege und Erziehung angedeihen zu lassen." (11 p. 33). Besonders in den Großstädten, in denen die Kinder, sich selbst überlassen, oft Gefahr laufen, zu verrohen und zu verderben, sind die Horte am Platze. Auch die körperliche Verpflegung ziehen sie in gewissem Grade in ihren Bereich; manche Horte geben im Bedarfsfall Mittagessen, die meisten verabfolgen ein Vesperessen; schwächliche Kinder erhalten in den Horten zuweilen besondere Stärkungsmittel; unter Umständen sucht man ihnen von hier aus auch die Wohlthat der Ferienkolonie (s. unten) zu verschaffen.

Im allgemeinen sind die Kinderhorte nur an den Wochentagen während einiger Nachmittagsstunden (4—7 Uhr) geöffnet; nur in seltenen Fällen nehmen sie sich der Kinder auch während der Ferien an, obgleich Kinder, die dauernd ohne Aufsicht sind, gerade während der Ferien in besonders hohem Maße einer gemeinnützigen Fürsorge bedürftig und einer stärkeren körperlichen und geistigen Beeinflussung zugänglich sind. Die Aufsicht führt ein Lehrer oder eine Lehrerin, unterstützt zuweilen von einer Ehrendame.

Die Kinder sollen in dem Hort in einer ihrem Alter entsprechenden Weise unter gesundheitsgemäßen Verhältnissen beschäftigt werden. Sie machen hier ihre Schulaufgaben, im übrigen aber sollen sie sich nach den Mühen der Schule jetzt des Schulzwanges ledig fühlen und sich, wenn auch unter Aufsicht, so doch in ungebundener Weise bewegen und beschäftigen. Die Bewegung soll in ausgedehntestem Maße im Freien stattfinden: Spiele, Turnübungen, Beschäftigung mit Gartenarbeit, Anleitung in der Baum- und Gemüsezucht und der Obstbaumkultur gewähren

die nöthige Abwechselung. Im Zimmer kann nach Erledigung der Schularbeiten von den Knaben Beschäftigung in Handfertigkeitsgegenständen, von den Mädchen Nähen, Stricken und dergl. getrieben oder sonst in zwangloser Weise für die Unterhaltung und Belehrung der Kinder gesorgt werden. Auch ist es nützlich, die Kinder — mit Maß — zu wirtschaftlichen Beschäftigungen heranzuziehen.

Häufig wird die Aufgabe der Kinderhorte nicht genügend in gesundheitlicher und pädagogischer Richtung gewürdigt. Anstatt ein Gegengewicht zu den Wirkungen der Schule zu bilden, welche doch selbst bei den besten Einrichtungen die Eigenart der geistigen Entwickelung und der körperlichen Bedürfnisse nicht immer ausreichend berücksichtigen kann, anstatt das fehlende Familienleben nach Möglichkeit zu ersetzen, wird nach Art und Ort der Beschäftigung nur eine Fortsetzung des Schulunterrichts geboten. Nicht genug, daß die Kinder vormittags in strenger Zucht, auf mehr oder weniger bequemen Subsellien zusammengedrängt, die Atmosphäre des Schulzimmers eingeatmet haben, fügt der Hort in wohlmeinender Absicht ein Gleiches oder Aehnliches noch für die Nachmittagsstunden hinzu; wenn überhaupt Schulzimmer benutzt werden, sollten dieselben vorher gereinigt und längere Zeit gelüftet werden; mag eine Ueberfüllung der Schulzimmer auch beim Unterricht geduldet sein, so sollte sie doch im Hort nicht vorkommen, zumal eine zu große Zahl von Kindern eine schulmäßige Leitung des Hortes notwendig mit sich bringt. Aber vor allem ist daran festzuhalten, daß ein fortgesetztes schulmäßiges Sitzen keinenfalls stattfinden darf, sondern — bei geeignetem Wetter — Bewegung im Freien, sonst aber in geräumigen Turn- oder Spielsälen, mag auch die Ueberwachung hierbei weniger leicht sein, unbedingt an erste Stelle treten muß. Thatsächlich werden häufig Horte mit einem Mindestmaß hygienischer Fürsorge geleitet: größte Engigkeit, ungeeignete Subsellien, schlechte Beleuchtung, ungenügende Ventilation, mangelhafte Reinlichkeit machen eine Schädigung der Kinder ganz unzweifelhaft und verraten den völligen Mangel an hygienischem Verständnis. Dabei bedürfen gerade die Kinder des Hortes in Anbetracht dessen, daß sie einer eigenen Häuslichkeit in der Regel entbehren, in erhöhtem Maße in körperlicher und geistiger Hinsicht einer besonderen Fürsorge.

Es ist leider nicht zu verkennen, daß hier ebenso wie bei den bisher besprochenen Einrichtungen der Fürsorge für Kinder die private Bethätigung durch Mangel an Mitteln, zuweilen auch an Verständnis, der Aufgabe in ihrer ganzen Größe nicht gewachsen zu sein pflegt. Auch hier ist die Besserung, welche durch behördliches Entgegenkommen erreicht werden kann — z. B. durch Ueberlassen von Schullokalen — nur eine bedingte, während eine durchaus sachgemäße Durchführung der Ziele der Kinderhorte nur dadurch zu erhoffen ist, daß die Kinderhorte behördlich organisiert werden.

Wenn die Behörde die Verpflichtung anerkennen würde, auch außer den Unterrichtsstunden für die Volksschüler zu sorgen, so käme übrigens der Kinderhort als Einrichtung besonderer Gattung in Wegfall, und seine Aufgaben würden innerhalb der erweiterten Auffassung von den Aufgaben der Volksschule von selbst zur Lösung kommen.

Anhang.

Ueber die Verpflegung der Kinder in Russland hat Herr Prof. Erisman in Moskau die Güte mir folgendes mitzuteilen:

An dem Kinderschutze beteiligen sich in den russischen Hauptstädten die verschiedensten Faktoren; eine einheitliche Organisation giebt es nicht. Jeder dieser Faktoren (Regierung, städtische Verwaltungen, Privatgesellschaften, Privatpersonen) thut für sich, was er kann, ohne mit den übrigen in fruchtbringende Verbindung zu treten. Allerdings ist dies eine Frage der Zeit; der Gegenstand war schon vielfach angeregt, in der Presse ventiliert, und der Moskauer Magistrat hat schon zu wiederholten Malen die Frage erörtert, ob es nicht zweckmäßig und möglich wäre, alle Wohlthätigkeitsanstalten unter seiner Aegide zu vereinigen; praktisch jedoch ist in dieser Richtung bis jetzt nichts Erhebliches geschehen. Dies ist eine schwache Seite der Institutionen für Wohlthätigkeit überhaupt und für Kinderschutz im besonderen.

Ein anderer Uebelstand beruht darin, daß fast alle Institutionen für Kinderschutz sich mehr oder weniger ausschließlich mit Kindern im schulpflichtigen (dieser Ausdruck ist eigentlich mit Bezug auf russische Verhältnisse unrichtig, da es in Rußland keine Schulpflicht giebt) Alter beschäftigen, während für die früheren und späteren Altersstufen relativ wenig gethan wird. Krippen und Kinderbewahranstalten für Kinder von 2–5 Jahren giebt es wenige; Versorgungsanstalten für Kinder von 5, aber namentlich von 7—12 Jahren, sehr viele. Diese Anstalten sind gewöhnlich mit Schulen verbunden. Teilweise sind es nur Internate, teilweise werden diese Schulen auch von bedürftigen Kindern, die außerhalb der Anstalten wohnen, besucht. Viele Kinder werden unentgeltlich aufgenommen; für andere wird von Gesellschaften oder Privatleuten bezahlt. Anstalten, in denen die dem „schulpflichtigen" Alter entwachsenen Zöglinge weitere Unterkunft und spezielle Ausbildung in irgend einem Handwerke erhalten würden, giebt es nur wenige; hierfür ist leider schlecht gesorgt; Mädchen finden eher derartige Gelegenheit, bis zur Volljährigkeit in einer Anstalt zu bleiben, als Knaben. — Es fehlt also an einem Plane des Kinderschutzes, wie weiter oben angedeutet ist.

Nach diesen kurzen, allgemeinen Betrachtungen gehe ich zu einer ebenso kurzen Schilderung der in Petersburg und Moskau existierenden Anstalten für Kinderschutz (die Findelanstalten ausgenommen) über. Die Zahlenbelege beziehen sich für beide Städte fast ausschließlich auf das Jahr 1889 und sind folgenden Quellen entnommen:

1) „*Kinderschutz*", *Ueber die öffentl. und Privatwohlthätigkeit in Rußland und im Auslande* 1. u. 2. *Bd.* (1887) (*russ.*).

2) *Sammelwerk (Comptes rendus) über die Wohlthätigkeitsanstalten in St. Petersburg* (*Ausgabe des städtischen statistischen Amtes, redigiert von Prof. Jansson* (1891).

3) *Sammelwerk über die Wohlthätigkeitsstatistik in Moskau im Jahre* 1889, *Ausgabe des städtischen statistischen Amtes* (1891).

St. Petersburg.

		Zahl der versorgten Kinder	Jahresausgabe Rubel
A. Alle Kinder wohnen in den Anstalten.	I. 4 Waisenhäuser des Verwaltungsressorts der Kaiserin Marie (mit Schulen)	1035	473 279
	II. 4 Kinderbewahranstalten des Gefängniskomitees	354	16 340
	III. 10 städtische und ständische Kinderbewahranstalten (mit Schulen)	1165	200 765
	IV. 10 Kinderbewahranstalten der Kaiserl. Gesellschaft der Menschenfreunde	448	124 981
	V. Kinderbewahranstalten der Wohlthätigkeitsvereine der Kirchgemeinden (mit Schulen)		
	14 Anstalten russisch-orthodox.	279	33 575
	15 Anstalten der übrigen christlichen Religionen	519	90 630
	2 Anstalten jüdisch	103	21 210
	VI. Privatwohlthätigkeitsgesellschaften — 24 Kinderbewahranstalten (mit Schulen)	750	107 099
	VII. Privatpersonen — 7 Kinderbewahranstalten	276	41 355
	90 Anstalten	4929	1 109 234

B. Gemischte Anstalten für Interne und Externe.

	Zahl der Kinder Interne	Zahl der Kinder Externe	Jahresausgabe Rubel
I. 14 Anstalten des Verwaltungsressorts der Kaiserin Marie	801	1611	290 750
II. 10 Anstalten der Wohlthätigkeitsvereine der Kirchgemeinden	262	477	37 712
III. 1 Privatanstalt	50	27	7 000
Summa	1113	2115	335 462

C. Nur für Externe, die hier den Tag zubringen, Nahrung (zuweilen auch Kleidung) und Unterricht erhalten.

	Zahl der Kinder	Jahresausgabe Rubel
I. 16 Anstalten des Verwaltungsressorts der Kaiserin Marie	2990	87 467
II. 6 Tagesbewahranstalten der Kirchgemeindekuratorien	409	11 633
22 Anstalten	3399	99 100
III. 4 Krippen verschiedener Komitees und Gesellschaften	etwa 100	?

Der Unterhalt eines Kindes kostet:

A) in den Internaten 224 Rubel im Jahre
B) in den gemischten Anstalten 103 „ „ „
C) in den Anstalten ausschließlich für Externe 30 „ „ „

Moskau.

Im Ganzen: I. Kinderbewahranstalten — Internate . . . . . . 42 mit 3287 Kindern, davon 2360 = 72,5 Proz. unentgeltlich. Das Gesamtkapital (an Wertpapieren) beträgt 1 588 140 Rub., der Besitz an Immobilien 1 315 300 Rub. Die Jahresausgaben 519 902 Rub. Erhalten an Beiträgen für die Kinder, die nicht unentgeltlich aufgenommen sind, 109 502 Rub.

II. Kinderbewahranstalten mit Schulen, die von Externen besucht werden . . . . 28 mit 3431 Kindern { Intern 1586, Extern 1845 }
unentgeltlich: { Interne 569 = 36 Proz., Externe 802 = 43 „ }
Gesamtkapital an Wertpap. = 350 113 Rub.
„ Immobil. = 541 370 „
Jahresausgabe = 456 968 „
Erhalten an Beiträgen für die nicht unentgeltlich aufgenommenen Kinder . . . 215 964 „

Die Kinderbewahranstalten in Moskau werden von folgenden Vereinen, Gesellschaften u. dgl. unterhalten:

I. Der Moskauer Verein für Kinderversorgungsanstalten:

Zahl der Anstalten	Kinder		Unentgeltl.	Ausgaben im Jahre in Rub.
14	Interne	313	207	59 617
	Externe	939	537	

II. Die Gesellschaft zur Beförderung der Arbeitsamkeit:

Zahl der Anstalten	Kinder		Unentgeltl.	Ausgaben im Jahre in Rub.
2	Interne	116	62	29 871
	Externe	78	78	

III. Kinderbewahranstalten der nichtrussischen Kirchgemeinden und Nationalitäten

Zahl der Anstalten	Kinder		Unentgeltl.	Ausgaben im Jahre in Rub.
3	a) Interne	89	89	4 062
	b) Interne	25	22	11 489
	Externe	97	97	
	c) Interne	20	20	4 158

IV. Das Damen-Wohlthätigkeits-Komitee für Gefängnisse:

Zahl der Anstalten	Kinder				Ausgaben im Jahre in Rub.
1	Interne	29	Unentgeltl.	29	?

V. Die Gesellschaft für Versorgung armer und obdachloser Kinder in Moskau und Umgebung:

1	Interne	33	Unentgeltl.	33	4 942

VI. Die Gesellschaft zur Unterstützung armer und schutzbedürftiger Kinder:

2	Interne	89	Unentgeltl.	60	10 606
	Externe	4	„	4	

VII. Die Gesellschaft zur Versorgung der Kinder von nach Sibirien (ins Exil) Verurteilten:

1	Interne	157	Unentgeltl.	157	21 411

VIII. Die Moskauer Kaufmannsgesellschaft:

2	Interne	798	Unentgeltl.	644	178 117

IX. Das Damen-Komitee für Unterstützung der Armen:

6	Interne	180	Unentgeltl.	170	?
	Externe	370			

X. Das Komitee zur Unterstützung der Bettler:

1	Interne	25	Unentgeltl.	25	2 800

XI. Die Gesellschaft für Bruderliebe:

1	Interne	77	Unentgeltl.	77	5 843

XII. Privatleute:

2	Externe	25	Unentgeltl.	25	600
	„	113	„	113	6 000
1 Krippe	Externe	10	„	10	2 154

Im Moskauer Gouvernement.

I. Die Moskauer Landschaft unterhält eine Kinderversorgungsanstalt für etwa 60 Kinder von 4—12 Jahren aufserhalb der Stadt.

II. Die Moskauer Bezirksgesellschaft für Versorgung armer Kinder unterhält aufserhalb der Stadt 2 Anstalten, in denen Neugeborene aufgenommen werden. Dieselben müssen von den Müttern (wenn solche vorhanden sind oder stillen können) wenigstens 2 Wochen gestillt werden und bekommen später sterilisierte Milch (überhaupt künstliche Ernährung). In beiden Anstalten zusammen 20 Kinder.

1) *Krippenkalender des Central-Krippenvereines f. d. Jahr* 1894, 42. *Jahrg.*, *Wien* 1895.
2) **Mettenheimer**, *Gesch. d. Schweriner Säuglingsbewahranstalt* (*Krippe*) *in den ersten fünf Jahren ihres Bestehens*, *Ludwigslust* 1881.
3) **Guttstadt**, *Deutschlands Gesundheitswesen* 2. *Bd.* (1881).
4) *Congr. internat. d'hygiène* 1889.
5) **Leuch-Küttel**, *Die Kindergärten und Kleinkinderschulen der Stadt Zürich*, *Zürich* 1893.
6) **Schlosser**, *Fürsorge für arme aufsichtslose Kinder* (*Krippen*), *Armenpfl.-Kongr.* 1885.
7) **Carl Hinträger**, *Bau und Einrichtung von Pflege- und Erziehungsanst.*, *Wien* 1892.
8) **Uffelmann**, *Handb. d. privaten u. öffentl. Hygiene der Kinder*, *Leipzig* 1881.
9) **Alois Fellner**, *Der Volkskindergarten*, *Wien* 1892.
10) *Bulletin de la Société des Crèches*, *Paris*.
11) *Bericht des Sonderkomitees IX d. Deutschen Frauen-Abteilung bei d. Weltausstellung in Chicago* 1893, *Berlin* 1893.
12) **Pfeiffer**, *Ueber Pflegekinder- und Säuglingskrippen*, *Wiesbaden* 1884.
13) *Augsburger Krippenkalender*.
14) **H Schuschny**, *Die Regelung des Kinderbewahrwesens in Ungarn*, *Z. f. Schulhyg.* 6. *Bd.* (1893).
15) **Maurice Block**, *Dictionnaire de l'Administr. franç.* (1891).
16) **C. Delvaille**, *Une mission en Belgique et en Hollande: l'hygiène et l'assistance publique, l'organisation et l'hygiène scolaire*, *Paris* 1895.
17) *Denmark, its medical organisation etc.*, *Kopenhagen* 1891.
18) *Schweiz. Z. f. Gemeinwesen* 31. *Bd.* (1892) *H.* 1.

II. Vorbeugung der Krankheiten, Fürsorge nach ihrem Eintritt.

Die bisher geschilderten Maßnahmen hatten im allgemeinen den Zweck, die Gesundheit der Kinder zu erhalten und zu fördern. Es bleibt jetzt noch die Aufgabe, im einzelnen zu schildern, welche Krankheiten das Kindesalter besonders stark bedrohen, und einerseits zu zeigen, wie ihnen durch öffentliche Maßnahmen vorzubeugen ist, andererseits wenigstens anzudeuten, wie für die Behandlung des einmal entstandenen Uebels Fürsorge zu treffen ist.

1. Statistisches *).

Soweit wir in folgendem unseren Erörterungen Sterblichkeitszahlen zu Grunde legen, begehen wir hierbei eine nicht vermeidbare Ungenauigkeit. Infolge der wechselnd großen Lebensgefahr, welche die verschiedenen Krankheiten mit sich bringen, geben die Todesfälle allein kein genaues Bild von der Häufigkeit der Krankheit. Der materielle und soziale Schaden, der selbst bei Ueberwindung einer Krankheit entsteht, läßt sich daher nach der Sterblichkeit nur schwer abschätzen, und noch viel weniger lassen sich hieraus die Fernwirkungen erkennen, die auf die körperliche, geistige und moralische Entwickelung des befallenen Individuums — z. B. durch Eintritt von Erblindung — ausgeübt werden.

Das zahlenmäßige Verhältnis der einzelnen Todesursachen zu einander ist im Kindesalter wesentlich das gleiche für alle Kulturländer, da es durch die besonderen Eigentümlichkeiten des kindlichen Organismus bedingt ist. Im einzelnen üben freilich die klimatischen und sozialen Verhältnisse einen gewissen Einfluß aus, sodaß ausnahmsweise sogar gewisse Krankheitsgruppen — z. B. die Pocken — fast ganz in Wegfall kommen.

Bei der Sterblichkeitsstatistik ist im allgemeinen in Betracht zu ziehen, daß die Bescheinigung der Todesursache durch eine ärztlich gebildete Person wohl nirgends für eine ganze Bevölkerung durchgeführt ist, meist im Gegenteil die Angabe der Todesursache eine höchst unzuverlässige ist (Guttstadt[1] p. 91 und Bericht[2]). In einem je früheren Lebensalter der Tod eintritt, um so schwerer ist es, eine zuverlässige Kenntnis von der Todesursache zu erhalten. Denn selbst da, wo eine obligatorische Leichenschau durch Sachverständige zu erfolgen hat, bleibt die wahre Todesursache oft unbekannt, weil gerade für das frühe Kindesalter eine ärztliche Behandlung verhältnismäßig selten in Anspruch genommen wird. Es muß sich daher der Leichenschauer oft begnügen, das an der Leiche am meisten auffällige Symptom festzustellen oder aus den oft unvollkommenen und vorurteilsvollen Angaben der Angehörigen über den Krankheitsverlauf die Diagnose zu rekonstruieren. Selbst bei ärztlicher Beobachtung des Krankheitsverlaufes bleibt aber die Todesursache oft unaufgeklärt, wobei zum kleineren Teil die an und für sich bei Erkennung der Kinderkrankheiten bestehenden Schwierigkeiten, mehr noch die in dieser Hinsicht mangelhaften Kenntnisse und der im gleichen Maße konservierte me-

*) Die Kindersterblichkeit im allgemeinen ist oben (S. 484 u. f.) behandelt.

dizinische Aberglauben mitspielen. Schließlich wird die Statistik oft empfindlich dadurch geschädigt, daß willkürlich bald die ursprüngliche Krankheit, bald die zum Tode führende Komplikation verzeichnet wird.

Am deutlichsten sind diese Verhältnisse bei den Todesursachen des 1. Lebensjahres erkennbar. Es sind z. B. in Preußen (im Jahre 1892) von 100 Todesfällen 7,2 Proz. bei den Knaben bez. 7,4 Proz. bei den Mädchen überhaupt nicht angegeben oder unbekannt. Unter den angegebenen Todesursachen finden sich als wesentlichste die Krämpfe aufgeführt. Dem Praktiker ist es (speziell für die deutschen Verhältnisse) lange bekannt, daß unter Krämpfen — besonders den „inneren" Krämpfen — ein buntes Allerlei von Krankheitserscheinungen durch den Laien zusammengeworfen wird und daß in anderen Fällen die thatsächlich bestehenden Krämpfe nur eine terminale Erscheinung (z. B. bei Darmkrankheiten) oder ein z. B. durch hohe Fiebertemperaturen hervorgerufenes Symptom darstellen. Diesen „Krämpfen" gegenüber treten die genuinen oder auf rhachitischer Basis entstandenen Krämpfe, sowie diejenigen, welche ein Symptom einer Gehirnkrankheit darstellen, in den Hintergrund. Der Vergleich der Häufigkeit der Krämpfe als Todesursache in Preußen und in Berlin zeigt, wie unter den medizinisch günstigeren Verhältnissen der Hauptstadt mit ihrer ärztlichen Leichenbesichtigung die Zahl der tödlichen Krämpfe sofort zusammenschrumpft. Während sie für ganz Preußen im Jahre 1892 36,6 Proz. bez. 35,6 Proz. aller Todesfälle des 1. Lebensjahres darstellen, bilden die in Berlin gemeinhin an „Krämpfen" im 1. Jahr Verstorbenen nur 9,6 Proz. (Stat. Jahrb. d. Stadt Berlin f. 1892, vergl. auch Meinert[3] p. 280).

Nächst den Krämpfen liefert die „angeborene Lebensschwäche" im 1. Lebensjahr die meisten Todesfälle; hierher rechnen alle Todesfälle, welche bei vorzeitig oder schwach geborenen Kindern bald nach der Geburt eintreten und welche wir schon früher berücksichtigt haben. Aber außerdem werden sehr viele Fälle in diese Rubrik geworfen, welche an erworbenen krankhaften Zuständen bekannter oder unbekannter Ursache zu Grunde gegangen sind, und zwar lassen sich nach der von Eröss[4] (p. 9) für eine Reihe von Großstädten gemachten Erhebung 20 Proz. schon deswegen ausscheiden, weil sie später als 4 Wochen nach der Geburt gestorben sind.

An dritter Reihe finden wir unter den Todesursachen des 1. Lebensjahres die mit Durchfällen einhergehenden Erkrankungen. So hoch sich aber in der Statistik auch schon ihre Beteiligung beziffert, so bleiben diese Zahlen sicher noch weit hinter der Wirklichkeit zurück, da ein Teil der unter Abzehrung, Krämpfen, Schwämmen und anderen Erkrankungen verzeichneten Todesfälle hierher zu rechnen ist. Hier wäre auch die veraltete Rubrik der Todesfälle an „Zahnkrankheiten" anzureihen, welche sich freilich nicht bloß auf Darmkrankheiten, sondern auch auf andere gut charakterisierte Krankheitsgruppen verteilen müßten.

An vierter Stelle stehen für das 1. Lebensjahr die Erkrankungen der Atmungsorgane, ohne daß freilich auch diese Zahlen den Eindruck großer Zuverlässigkeit erwecken können. Unter der Hauptgruppe der Lungen- und Brustfellentzündung sind die selbständigen Erkrankungen dieser Art und die sekundären Erkrankungen, die sich sehr häufig an Krankheiten der verschiedensten Art schließen, zusammengeworfen. In der Gruppe „Luftröhrenentzündung und Lungenkatarrh", welche Krankheiten kaum je zum Tod führen, werden sich einerseits viele nicht erkannte Lungenentzündungen verbergen, andererseits werden ihnen ganz

andere primäre Erkrankungen vorausgegangen sein. Außerdem aber befindet sich unter den zum Tode führenden Erkrankungen der Luftwege (ebenso auch unter „Abzehrung“) eine nicht genauer bekannte Zahl von Tuberkulosefällen, die eigentlich in die Rubrik „Tuberkulose“ zu übertragen wären.

Nach diesen kurzen Andeutungen unterliegt es keinem Zweifel, daß ein großer Teil der im Kindesalter, besonders aber im Säuglingsalter eintretenden Todesfälle seiner Ursache nach nicht aufgeklärt wird oder unter falscher Bezeichnung gebucht wird. Insofern aber die sachgemäße Verteilung dieser Todesfälle auf die gut charakterisierten Krankheitsgruppen nach den praktischen Erfahrungen das gegenseitige Verhältnis der letzteren nicht wesentlich ändern würde, wird dieser beklagenswerte Mangel der Statistik eine gerechte Würdigung der Kindersterblichkeit nicht wesentlich beeinträchtigen.

Wir geben nunmehr für Preußen für das Jahr 1892 4 Tabellen, in welchen die auch für andere Kulturstaaten im allgemeinen zutreffenden Verhältnisse der Kindersterblichkeit nach den hauptsächlichen Todesursachen ersichtlich werden (abgekürzt aus Preuß. Statistik [6]). In Tab. I finden sich die absoluten Sterblichkeitszahlen der einzelnen Kinderjahre für die wichtigeren Krankheiten, in Tab. II ist die Sterblichkeit für jede wichtigere Todesursache auf je 10000 Lebende in jeder Altersklasse, in Tab. III die prozentische Häufigkeit der einzelnen Todesursachen innerhalb jeder Altersklasse und in Tab. IV die Bedeutung jeder Todesursache für

Tabelle I.

Die Sterblichkeit nach Todesursachen und Altersklassen der Gestorbenen.

	unter bis 1 J.		über 1—2 J.		über 2—3 J.		über 3—5 J.		über 5—10 J.		über 10—15 J.	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Angeborene Lebensschwäche	22 562	17 778										
Atrophie d. Kinder (Abzehrung)	5 841	4 783	2113	1905	629	619	394	476	301	374	164	267
Scharlach	410	327	541	495	490	478	747	751	780	809	115	171
Masern, Röteln	1 693	1 407	1833	1864	721	816	619	640	428	420	51	62
Diphtheritis, Krupp	3 208	2 517	3992	3485	3376	3033	5115	4796	4096	4421	721	776
Keuchhusten	4 212	4 220	1416	1810	467	580	314	414	143	189	20	23
Ruhr	224	152	79	66	30	27	39	35	50	40	20	23
Einh. Brechdurchfall	10 066	8 993	1078	1021	201	175	121	117	83	79	19	17
Diarrhöe d. Kinder	9 136	7 191	1100	1029	302	285	229	195	190	193	105	80
Skrofulose, englische Krankheit	541	468	447	424	173	197	153	136	117	117	49	69
Tuberkulose *)	1 438	1 103	970	862	518	490	532	606	774	963	825	1510
Luftröhrenentzündg., Lungenkatarrh	3 436	2 769	1478	1451	432	490	361	384	295	320	99	137
Lungen- u. Brustfellentzündung	5 052	3 769	3142	3012	1052	1018	886	918	797	768	280	348
Krämpfe	47 514	37 006	5876	5588	1123	1173	708	669	361	360	121	118
Andere, nicht angegebene und unbek. Todesursachen	9 308	7 700	1701	1721	845	797	922	862	956	903	613	574
Summa d. Gestorb.	129 674	104 078	27 834	26 569	11 746	11 372	13 019	12 690	12 117	12 266	5190	5767

*) „Schwindsucht, Phthisis“.

Tabelle II.

Sterblichkeit, für jede Todesursache berechnet auf je 10 000 Lebende in jeder Altersklasse.

	unter bis 1 J.		über 1—2 J.		über 2—3 J.		über 3—5 J.		über 5—10 J.		über 10—15 J.	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Angeborene Lebensschwäche	458	370										
Atrophie der Kinder (Abzehrung)	119	100	52	47	16	16	5	6	2	2	1	2
Scharlach	8	7	13	12	13	12	10	10	5	5	1	1
Masern, Röteln	34	29	45	46	18	21	8	8	3	2	—	—
Diphtherie, Krupp	65	52	98	86	86	78	65	62	24	26	4	5
Keuchhusten	86	88	35	45	12	15	4	5	1	1	—	—
Ruhr	5	3	2	2	1	1	1	1	—	—	—	—
Einheim. Brechdurchfall	204	187	27	25	5	5	2	2	1	1	—	—
Diarrhöe der Kinder	186	150	27	26	8	7	3	3	1	1	1	1
Skrofulose, englische Krankheit	11	10	11	11	4	5	2	2	1	1	—	—
Tuberkulose	29	23	24	21	13	13	7	8	4	6	5	9
Luftröhrenentzündung, Lungenkatarrh	70	58	36	36	11	13	5	5	2	2	1	1
Lungen- u. Brustfell-entzündung	103	78	77	75	27	26	11	12	5	4	2	2
Krämpfe	965	770	144	139	29	30	9	9	2	3	1	1
Andere, nicht angegebene u. unbekannte Todesursachen	189	160	42	43	22	21	12	11	6	5	4	4
Summa d. Gestorbenen	2633	2164	684	659	300	294	166	164	69	71	32	36

Tabelle III.

Die Häufigkeit der einzelnen Todesursachen auf 100 Todesfälle in jeder Altersklasse berechnet.

	unter bis 1 J.		über 1—2 J.		über 2—3 J.		über 3—5 J.		über 5—10 J.		über 10—15J.	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.
Angeborene Lebensschwäche	17,4	17,1	—	—	—	—	—	—	—	—	—	—
Atrophie der Kinder (Abzehrung)	4,5	4,6	7,6	7,2	5,4	5,4	3,0	3,8	2,5	3,1	3,2	4,6
Scharlach	0,3	0,3	1,9	1,9	4,2	4,2	5,7	5,9	6,4	6,6	2,2	3,0
Masern, Röteln	1,3	1,4	6,6	7,0	6,1	7,2	4,8	5,0	3,5	3,4	1,0	1,1
Diphtheritis, Krupp	2,5	2,4	14,3	13,1	28,8	6,7	39,3	37,8	33,8	36,0	13,9	13,5
Keuchhusten	3,3	4,1	5,1	6,8	4,0	5,1	2,4	3,3	1,2	1,5	0,4	0,4
Ruhr	0,2	0,2	0,3	0,3	0,3	0,2	0,3	0,3	0,4	0,3	0,4	0,4
Einheim. Brechdurchfall	7,8	8,6	3,9	3,9	1,7	1,5	0,9	0,9	0,7	0,6	0,4	0,3
Diarrhöe der Kinder	7,1	6,9	4,0	3,9	2,6	2,5	1,8	1,5	1,6	1,6	2,0	1,4
Skrofulose, engl. Krankheit	0,4	0,5	1,6	1,6	1,5	1,7	1,2	1,1	1,0	1,0	0,9	1,2
Tuberkulose	1,1	1,1	3,5	3,2	4,4	4,3	4,1	4,8	6,4	7,9	15,9	26,2
Luftröhrenentzünd., Lungenkatarrh	2,7	2,7	5,3	5,5	3,7	4,3	2,8	3,0	2,4	2,6	1,9	2,4
Lungen- und Brustfellentzündung	3,9	3,6	11,3	11,3	9,0	9,0	6,8	7,2	6,6	6,3	5,4	6,0
Krämpfe	36,6	35,6	21,1	21,0	9,6	10,3	5,4	5,3	3,0	2,9	2,3	2,1
Andere, nicht angegebene und unbekannte Todesursachen	7,2	7,4	6,1	6,5	7,2	7,0	7,1	6,8	7,9	7,4	11,8	9,9

Tabelle IV.

Die Bedeutung jeder Todesursache für die einzelnen Altersklassen.
Von je 100 der an nebenverzeichneten Todesursachen Gestorbenen männlichen, bez. weiblichen Geschlechtes starben im Alter von

	unter bis 1 J.		über 1—2 J.		über 2—3 J.		über 3—5 J.		über 5—10 J.		über 10—15 J.		0—5 J.	
	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.	m.	w.		
gebor. Lebensschwäche	100,0	100,0												
'ophie d. Kinder Abzehrung)	61,9	56,8	22,4	22,6	6,7	7,4	4,2	5,7	3,2	4,4	1,7	3,2	100,0	100,0
arlach	13,0	10,5	17,2	15,9	15,6	15,3	23,7	24,1	24,8	25,9	3,7	5,2	98,0	97,2
sern, Röteln	31,6	26,8	34,2	35,6	13,4	15,6	11,5	12,2	8,0	8,0	1,0	1,2	99,7	99,4
htherie, Krupp	15,4	13,0	19,2	18,0	16,2	15,6	24,6	24,7	19,7	22,8	3,5	4,0	98,6	98,1
achhusten	63,6	57,8	21,4	24,8	7,1	7,9	4,7	5,7	2,2	2,6	0,3	0,3	99,3	99,1
ar	39,9	33,3	14,1	14,5	5,4	5,9	7,0	7,7	8,9	8,8	3,6	5,0	88,9	75,2
heim. Brech-durchfall	84,8	84,6	9,1	9,6	1,7	1,7	1,0	1,1	0,7	0,7	0,2	0,2	97,5	97,9
rrhöe d. Kinder	82,6	80,1	9,9	11,5	2,7	3,2	2,1	2,2	1,7	2,2	1,0	0,9	100,0	100,0
ofulose, engl. Krankheit	36,6	33,2	30,2	30,1	11,7	14,0	10,3	9,6	7,9	8,3	3,3	4,9	100,0	100,0
erkulose	3,6	3,1	2,4	2,4	1,3	1,4	1,3	1,7	1,9	2,7	2,0	4,2	12,5	15,5
tröhrenentzündung, Lungenkatarrh	24,0	18,9	10,3	9,9	3,0	3,4	2,5	2,6	2,1	2,2	0,7	0,9	42,6	37,9
ngen- u. Brustfellentzündung	17,9	15,7	11,1	12,6	3,7	4,2	3,1	3,8	2,8	3,2	1,0	1,5	39,6	41,0
impfe	83,9	80,4	10,4	12,1	2,0	2,6	1,3	1,5	0,6	0,8	0,2	0,3	98,4	97,3
dere, nicht angegebene unbekannte Todesursachen	26,5	22,8	4,8	5,1	2,4	2,4	2,6	2,6	2,7	2,7	1,7	1,7	40,7	37,8
. d. Gestorbenen	34,96	30,28	7,50	7,73	3,17	3,31	3,51	3,69	3,27	3,57	1,40	1,68	53,81	50,26

die einzelnen Altersklassen berechnet. Die Tabellen sind für das männliche und weibliche Geschlecht getrennt gegeben, sodaß sich u. a. leicht erkennen läßt, wie das männliche Geschlecht in den ersten 3—5 Lebensjahren stärker heimgesucht ist.

Die größte Sterblichkeit fällt bei den einzelnen Krankheiten in bestimmte Kalendermonate, und zwar sind diese Monate, da vor allem die klimatischen Verhältnisse mittelbar und unmittelbar hierbei mitwirken, örtlich verschieden. Aus der zeitlichen Mortalität an den einzelnen Krankheiten läßt sich eine Jahreskurve für die kindliche Mortalität überhaupt konstruieren, welche besonders für die Sterblichkeit des 1. Lebensjahres von Wichtigkeit ist. Vielfach hat diese Kurve, und zwar ganz besonders in deutschen Großstädten im Hochsommer einen steilen Anstieg, welcher durch die hohe Sterblichkeit an Sommerdiarrhöen bedingt wird (s. später).

Es wird dies durch die folgende von Silbergleit[5] zusammengestellte Tabelle veranschaulicht:

Sterblichkeit der 0- bis 1-jährigen Kinder nach Kalenderquartalen im Zeitraum 1889/93 (nach Silbergleit[*]).

Städte	Von 100,0 im 1. Lebensjahr gestorbenen Kindern entfallen auf die einzelnen Kalenderquartale				Städte	Von 100,0 im 1. Lebensjahr gestorbenen Kindern entfallen auf die einzelnen Kalenderquartale			
	I. Quart.	II. Quart.	III. Quart.	IV. Quart.		1. Quart.	II. Quart.	III. Quart.	IV. Quart.
Dublin	24,4	21,6	28,6	25,4	Straßburg i./E.	20,0	25,7	36,1	18,2
Edinburgh	25,1	22,0	24,2	28,7	Frankfurt a./M.	21,3	25,0	34,3	19,4
Glasgow [1])	25,2	25,2	24,0	25,6	Köln	19,6	23,2	36,7	20,5
London	25,3	21,5	29,6	23,6	Elberfeld	22,7	22,6	33,6	21,1
Liverpool	22,5	23,1	30,5	23,9	Amsterdam [1])	25,4	25,5	26,7	22,4
Manchester	22,4	24,0	29,4	24,2	Rotterdam [1])	29,3	24,2	24,4	22,1
Sheffield [1])	21,1	24,2	32,8	21,9	Antwerpen [1])	25,4	21,0	31,2	22,4
Christiania [1])	26,2	20,6	33,4	19,8	Brüssel	24,4	22,7	31,4	21,5
Stockholm [1])	26,2	23,5	29,5	20,8	Paris	25,0	25,3	28,2	21,5
Kopenhagen	23 1	24,9	30,6	21,4	Bordeaux [1])	25,3	21,7	32,9	20,1
Petersburg [2])	27,2	28,5	24,1	20,2	Lyon [3])	26,2	20,9	32,5	20,4
Moskau [1])	18,9	32,7	30,9	17,5	Rouen	24,5	22,9	32,2	20,4
Warschau [1])	21,3	21,4	33,7	23,6	Malaga [1])	24,9	28,9	22,5	23,7
Königsberg	17,8	26,2	36,8	19,2	Rom [4])	30,2	22,1	24,0	23,7
Hamburg	21,9	20,4	37,3	20,4	Florenz [1])	31,4	20,7	25,4	22,5
Altona	29,9	21,8	27,8	20,5	Venedig	29,3	23,8	24,2	22,7
Bremen	24,1	22,1	30,3	23,5	Mailand [1])	28,1	25,2	24,2	22,5
Hannover	17,8	18,9	44,9	18,4	Turin [1])	28,9	25,4	24,0	21,7
Magdeburg	18,1	21,6	43,2	17,1	Genf [5])	20,1	23,4	33,7	22,8
Berlin	21,0	25,2	34,7	19,1	Zürich [1])	25,9	23,6	24,9	25,6
Breslau	19,0	25,8	36,4	18,8	Graz [6])	26,8	25,0	27,2	21,0
Dresden	19,3	24,7	38,5	17,5	Triest [1])	27,8	19,9	29,2	23,1
Leipzig	16,7	19,8	46,2	17,3	Prag	26,8	28,2	24,3	20,7
Nürnberg	22,8	22,9	33,8	20,5	Wien	23,6	28,1	27,0	21,3
München	20,0	24,2	34,3	21,5	Budapest [1])	24,1	25,2	28,1	22 6
Stuttgart	22,4	22,8	34,5	20,3	Bukarest	27,0	24,7	27,5	20,8

1) Nur für 1891/93. 2) Nur für die Jahre 1886/88. 3) Nur für 1889/90. 4) Nur für 1890/93. 5) Nur für 1889/92. 6) Nur für 1890, 1892 und 1893.

1) **Guttstadt**, *Gesundheitswesen in Deutschland* 2. *Bd.* (1891).
2) *Ber. d. Kommission zur Vorbereitung einer Reichs-Medizinalstat.*, *Z. d. stat. Bur.* (1874). *Anhang.*
3) **Meinert**, *Jahrb. f. Kinderh.* 27. *Bd.* (1888).
4) **Eröss**, *Die Verhältnisse der Mortabilität innerhalb der ersten vier Lebenswochen*, *Jahrb. f. Kinderh.* 35. *Bd.* (1893).
5) **Silbergleit**, *Ueber den gegenwärtigen Stand der Kindersterblichkeit etc.*, *Hygien. Rundschau* (1895) *No.* 5.
6) *Preußische Statistik* 132. *Bd.*, *Die Sterblichkeit etc. im Jahre* 1892, *Berlin* 1894.

2. Besonderes.

a) Verdauungskrankheiten.

Häufigkeit.

Indem wir für Ursache und Verhütung der angeborenen Krankheits- und Schwächezustände auf Früheres verweisen (S. 452—454), wenden wir uns sofort den Verdauungsstörungen zu, welche unter den gut definierten Todesursachen des Kindesalters eine hervorragende Bedeutung haben. Wie dies in Uebereinstimmung mit allen anderen Statistiken auch die preußische sofort erkennen läßt, entfallen die tödlich verlaufenden Darmkrankheiten fast ausschließlich auf das 1. Lebensjahr und nehmen hier, wo die Sterblichkeit so hoch ist, wie sie kaum nur wieder am Ende des menschlichen Lebensalters wird, unter den vermeidbaren Krankheiten die erste Stelle ein.

Infolge dieser Verteilung der Darmkrankheiten können wir, um die Bedeutung der kindlichen Darmerkrankungen für die Mortalität verschiedener Kulturstaaten zu zeigen, Zahlen benutzen, welche nicht für bestimmte Altersklassen berechnet sind. Es starben im Verhältnis zu 10000 Einwohnern im Durchschnitt der Jahre 1887—1892 an Darmkrankheiten in Schweden 3,77, Holland 4,14, Irland 4,40, Schottland 7,12, England 7,61, Preußen 10,85, Schweiz 11,29, Belgien 12,52 (hierbei Fälle von Cholera), Oesterreich 13,88, Frankreich (Städte mit mehr als 20000 Einwohnern) 21,47, Italien 33,43 Personen (Bodio[1]).

Innerhalb der einzelnen Staaten pflegt mit zunehmender Dichtigkeit der Bevölkerung die Häufigkeit der Darmkatarrhe zu steigen, sodaß letztere besonders in den Großstädten eine außerordentliche Höhe erreicht. So kamen in Preußen auf je 10000 am 1. Januar 1891 Lebende im ganzen Staate 11,66 Todesfälle an einheimischem Brechdurchfall und Diarrhöe der Kinder, hingegen bei Trennung nach Landgemeinden und Städten auf jene 6,21, auf diese 20,08, und weiter verteilten sich die Todesfälle auf Städte verschiedener Größe in der Weise, daß auf solche mit 20000 und weniger Einwohnern 10,33, auf solche mit mehr als 20000—100000 Einwohnern 22,17, auf Städte mit mehr als 100000 Einwohnern 32,29 Todesfälle kamen[2] (Bd. 132, p. 16 ff.) Diese Gegensätze würden noch viel stärker hervortreten, wenn man jene Todesfälle nur auf die gleichzeitig lebenden Kinder, deren Zahl im Verhältnis zur Größe der Städte abnimmt[3] (p. 38), bezöge.

In den Städten selbst fordern die Darmkrankheiten vorwiegend unter der ärmeren und gedrängt lebenden Bevölkerung ihre Opfer — eine Thatsache, die, so wenig sie einem Zweifel zu unterliegen scheint, freilich noch nicht hinreichend mit Zahlen belegt ist. [Vergl. hierüber Andeutung von Böckh[4] (p. 62) für Berlin.]

Diesem vorläufigen Abriß über die Verteilung der an Darmkrankheiten eintretenden Todesfälle sollte noch ergänzungsweise zugefügt werden, wie sich die Erkrankungs- zur Sterbezahl bei den Darmkrankheiten zu verhalten pflegt. Leider ist dies um so weniger möglich, als die Bösartigkeit der Darmkatarrhe mit den einzelnen Jahren und Jahreszeiten sehr wechselt. Doch läßt sich das eine sagen, daß sich die Morbidität über die Kindheit in gleicher Weise wie die Mortalität zn verteilen scheint; im besonderen ist sie im 1.

Lebensjahre am größten, und zwar pflegen die Erkrankungen, ob sie nun einen günstigen oder tödlichen Ausgang nehmen, im 2. oder 3. Lebensmonat am häufigsten zu sein und von hier aus dauernd abzufallen (vergl. Kassowitz[5] (p. 193) und Böckh[6]).

Ursachen.

Derjenige Faktor, welcher für den Eintritt der kindlichen Verdauungskrankheiten den Ausschlag giebt, ist die Ernährungsweise der Säuglinge; durch sie erklärt sich die soeben angedeutete Verteilung der Darmkrankheiten nach Ländern und Städten ebenso wie die noch zu erwähnenden besonderen Umstände, unter denen jene Krankheitsgruppe größere Ausdehnung gewinnt.

Indem wir auf die hochwichtige Frage der Säuglingsernährung hier eingehen, müssen wir sofort betonen, daß sie nicht nur unter dem Gesichtspunkt der Verdauungskrankheiten unser Interesse verdient, sondern auch sonst für das körperliche Gedeihen des Säuglings und selbst noch darüber hinaus für die Intimität seines Verhältnisses zur Mutter von einschneidender Bedeutung ist.

Am meisten ist noch außer ihrer Bedeutung für die Darmkrankheiten die Beziehung der künstlichen Ernährung zu der englischen Krankheit bekannt, bei der übrigens wohl im wesentlichen auch Verdauungsstörungen das Bindeglied abgeben. Sehr wenig wissen wir hingegen noch darüber, wie weit die Ernährungsweise auf den Eintritt und Verlauf anderer Krankheiten im Säuglingsalter von Einfluß ist. Beispielsweise sei erwähnt, daß unter den in Berlin an Keuchhusten erkrankten Kindern des 1. Lebensjahres nach meinen Untersuchungen 44 Proz. Kinder, hingegen nach den Mitteilungen des Statistischen Jahrbuches (z. B. für das Jahr 1891) unter den an der gleichen Krankheit im gleichen Lebensalter Verstorbenen nur 19,4 Proz. gestillt wurden, sodaß also beim Keuchhusten — für andere Krankheiten fehlen noch bezügliche Erhebungen — durch die künstliche Ernährung die Heilungswahrscheinlichkeit vermindert wird. Ueber diese und andere Dinge ist man um so weniger unterrichtet, als man bisher bei der Ernährungsweise der Säuglinge die Milch wesentlich nur als Nahrungsmittel in Betracht zog, und erst in der letzten Zeit darauf hingewiesen wurde, daß das Säugen lebenswichtige Eigentümlichkeiten der Mutter auf den Säugling zu übertragen imstande sein dürfte (vergl. Paul Ehrlich[7]).

Seit etwas längerer Zeit hat man sich hingegen mit der Uebertragung von Krankheitsstoffen durch die Muttermilch beschäftigt, ohne daß aber für eine derartige schädliche Wirkung der Muttermilchnahrung bisher ein genügender Beweis erbracht wäre.

Vorläufig bleibt daher als wichtigste Thatsache bestehen, daß von Natur dem Säugling die Mutterbrust als Nahrungsquell bestimmt ist und eine Auflehnung gegen dieses Gesetz einen mehr oder weniger großen Schaden schon deswegen für ihn haben muß, weil keine andere Nahrung ihm in gleicher Weise bekömmlich ist. Wie groß der durch künstliche Ernährung seiner Gesundheit zugefügte Nachteil ist, hängt freilich von zahlreichen anderen mitwirkenden Umständen ab. Wenn auch die Reihenfolge, in der sich die verschiedenen Nationen und Landstriche bei der Säuglingssterblichkeit (und zwar im besonderen für die Darmkrankheiten) gruppieren, ganz wesentlich durch die

bei ihnen gebräuchliche Häufigkeit des Stillens bestimmt ist, so können die hygienischen Verhältnisse, unter denen bei ihnen die künstliche Ernährung durchgeführt wird, ebenfalls nicht ohne Einfluß auf die Mortalität bleiben.

Die Häufigkeit des Stillens bestimmt sich ebenso wie seine Dauer bei den einzelnen Völkern zu einem erheblichen Teil durch die nationale Sitte. Dieselbe dürfte, wenn auch in Europa das Stillen durch die Mutter in den nordischen Staaten (Schweden, Norwegen, England, Dänemark etc.) besonders verbreitet ist, doch nicht sowohl mit klimatischen, als mit den von letzteren nur mittelbar beeinflußten sozialen Verhältnissen zusammenhängen. Letztere bewirken es auf der anderen Seite unter Umständen, daß das Säugen durch die Mutter in ausgedehnten Bezirken außer Uebung und statt dessen die Ammenbrust oder die künstliche Ernährung in Aufnahme kommt. Für die Sitte des Ammens brauchen wir nur an Paris zu erinnern (s. pag. 486 u. 487), für die verheerenden Wirkungen des zu einer nationalen Unsitte gewordenen Päppelns geben innerhalb Deutschlands Bayern und Schwaben ein beredtes Zeugnis (Mayr[8], Bernheim[9]).

Noch leichter als größere Länderbezirke werden umschriebene Oertlichkeiten durch besondere soziale Zustände — vor allem durch die besonderen Erwerbsverhältnisse des weiblichen Geschlechts — in der Häufigkeit des Stillens ungünstig beeinflußt. Die Abhängigkeit der Kindersterblichkeit (besonders an Darmkrankheiten) von der Häufigkeit der Fabrikarbeit der verheirateten Frauen konnte für die verschiedensten Industriebezirke, z B. in England (Reid[10], Fenton[11]) in der Schweiz (Custer[12], Rheiner[13]) und in Deutschland (Reichsenquête[14]) dargethan werden. So sicher sie übrigens mit der Seltenheit des Stillens in Verbindung zu bringen ist, so kommen für den Einfluß der weiblichen Arbeit in den Fabriken auf die Säuglingssterblichkeit doch auch noch die ungünstigen sozialen Verhältnisse in Betracht, die hier zu einer groben Vernachlässigung überhaupt der Kinderpflege zu führen pflegen. Wo diese letzteren erschwerenden Verhältnisse wegfallen, und die Fabrikarbeit gegenüber der kümmerlichen Hausarbeit einen Fortschritt darstellt, kann sich unter Umständen die Säuglingssterblichkeit mit Einführung der Fabrikarbeit sogar in gewissem Grade bessern[14], ohne freilich je diejenige niedrige Stufe zu erreichen, auf welche sie durch die mütterliche Brustnahrung und Pflege heruntergehen könnte.

In der Grafschaft Staffordshire, welche wegen außerordentlich großer Kindersterblichkeit berüchtigt ist, hat der medizinische Sanitätsbeamte des Grafschaftsrats eine 10 Jahre umfassende vergleichende Uebersicht ausgearbeitet, und zwar für eine Anzahl in dieser Grafschaft gelegener Städte, in denen verheiratete Frauen beschäftigt werden, und anderer, wo sie nicht an gewerblichen Arbeiten teilnehmen. Seine Ergebnisse besagen, daß in den Bezirken, wo thatsächlich keine Frau Fabrikarbeiterin ist, der Satz der Kindersterblichkeit 152 °/₀₀ beträgt, dort hingegen, wo ein Teil derart beschäftigt ist, 166, während er in den Bezirken, wo die Frauen in großer Anzahl in den Fabriken arbeiten, bis 195 steigt. Ein ähnlicher Vergleich für entsprechende Gegenden in ganz England und Wales ergiebt einen Satz von 152 für den ersten Fall, von 159 für den zweiten und von 179 für den dritten. Daß die künstliche Ernährung hier eine Hauptursache der Kindersterblichkeit ist, geht daraus hervor, daß der Brechdurchfall unter den Todesursachen eine besondere Rolle spielt (Sozialpol. Centralbl. 1894, No. 27, p. 323).

Abgesehen von den Industriebezirken, sind es die Großstädte, in denen man erwarten könnte, daß das Stillen durch die sozialen Verhältnisse häufig beeinträchtigt wird. Es scheint jedoch, daß sich die Städte

in dieser Richtung sehr verschieden verhalten, und die Landessitte, die bei der einsässigen und in der Heimat der zugezogenen Bevölkerung herrscht, einen entscheidenden Einfluß ausübt, sodaß, wo das Stillen Landessitte ist, selbst ungünstige Vermögensverhältnisse die Mutter nicht leicht veranlassen, sich der Pflicht des Säugens zu entziehen. In Berlin (Graetzer[15]), wo das Stillen besonders bei der meist aus der Mark oder dem Osten Preußens zugezogenen unbemittelten Bevölkerung sehr verbreitet ist, sind es nur in ca. 5 Proz. der Fälle von künstlicher Ernährung die sozialen Verhältnisse, welche das Stillen besonders beim ersten Kind verhindern, während sich in München (Escherich[16]), das inmitten einer wenig säugenden Bevölkerung liegt, diese Prozentzahl auf 20 Proz. erhöht. Nicht die Aermlichkeit, sondern gerade ein günstigerer Stand der Lebensverhältnisse, in welchem die Kompliziertheit der Lebensweise und die Höhe der persönlichen Bedürfnisse entsprechend wächst, schränken in der Großstadt das Stillen durch die Mutter besonders stark ein, und selbst der durch eine Amme gebotene Ersatz in den wohlhabendsten Kreisen vermag nicht die Ernährung durch Frauenmilch auf die bei den Armen vorhandene Häufigkeit zu steigern.

Die Ernährungsverhältnisse der Säuglinge sind uns nur für Berlin (Volkszählung[17], Neumann[18]) genauer bekannt. Hier wurden am 1. Dezember 1890 von 100 Kindern des 1. Lebensjahres, welche in Wohnungen von 1 Zimmer wohnten, 58,6, von 2 Zimmern 56,5, von 3 Zimmern 49,3, von 4 Zimmern 38,0, von 5 Zimmern 31,1, von 6 Zimmern 20,9, von 7 und mehr Zimmern 17,4 ausschließlich an der Mutterbrust ernährt. Trennen wir die Eltern der Säuglinge nach Ständen, so wurden bei den Bestsituierten 33,6, im Handelsgewerbe ca. 39,5, bei den Subalternbeamten 50,9, bei den Arbeitern 62,3 und im abhängigen Verkehrsgewerbe 64,1 Proz. der Kinder des ersten Lebensjahres mit Muttermilch (z. T. mit Zufütterung) ernährt. Ammenbrust bekamen nur 2,2 Proz. der Kinder (s. auch für Dresden Meinert[19]).

Während die Armuth — wenigstens in Berlin — das Stillen der Kinder nicht sehr beschränkt, und im Gegenteil die Mutter aus Sparsamkeitsrücksichten und zur Vermeidung einer neuen Schwängerung selbst dann noch zu stillen sucht, wenn es weder für sie noch das Kind zu empfehlen ist, hat die besondere Klasse der unehelichen Kinder, abgesehen von ihrer sonstigen elenden Lage, meist auch auf die Mutterbrust zu verzichten. Wie wir schon sahen, wird den unehelichen Kindern in den Ländern mit Findelpflege, soweit sie in dieselbe eintreten, meist ein Ersatz in der Ammenbrust geboten und anderen von ihnen durch Unterstützung der Mutter sogar die Mutterbrust erhalten; in Deutschland erhalten diese Kinder, soweit sie in Anstalten zur Welt kommen, die ersten 8—14 Tage die Brust, während sie nach der Entlassung im allgemeinen nur selten und auch dann nur kurze Zeit gestillt werden dürften. Genaueres wissen wir nur für Berlin (aus der Volkszählung von 1885). Hier wurden von 1000 ehelichen, bez. unehelichen Kindern in den einzelnen Lebensmonaten bez. zusammen in den ersten 11 Monaten mit Brustmilch ernährt (Böckh[20]):

Monat	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	überhaupt
eheliche	762	682	628	573	555	554	551	537	502	470	449	576
uneheliche	601	356	366	327	321	318	302	280	324	285	270	353

Diese Zahlen erscheinen aber schon insofern zu günstig, als die in Berlin geborenen Unehelichen, die außerhalb in Pflege kommen, hierbei

außer Ansatz bleiben. — Mit dem Eintritt in die Haltepflege ist aber die natürliche Ernährung bei uns in der Regel ausgeschlossen und damit in der Häufigkeitsskala des Stillens die unterste Stufe erreicht.

Eine materiell verhältnismäßig günstig gestellte, aber von der Mutterbrust ebenfalls ausgeschlossene Klasse unter den Haltekindern, die bei uns nur klein, aber z. B. in Frankreich sehr zahlreich ist, stellen die Ammenkinder dar, deren wesentlich durch die künstliche Ernährung bedingte hohe Sterblichkeit in früheren Jahren für Frankreich erwiesen wurde, während bei uns um so mehr zahlenmäßige Angaben fehlen, als sie meistens auf dem Lande aufgepäppelt werden dürften.

Wenn in dieser Weise die sozialen Verhältnisse die Häufigkeit des Säugens deutlich beeinflussen, so darf doch auch nicht das Gewicht unterschätzt werden, welches die körperliche Fähigkeit der Mutter zum Säugen in dieser Frage ausübt. Es hat den Anschein, als ob gegenüber den wilden Völkerschaften die Kulturvölker diese Fähigkeit in geringerem Grade besitzen, und als ob bei den letzteren wieder die körperliche Untüchtigkeit entsprechend der Verfeinerung der Lebensweise zunimmt; immerhin ist diese Beziehung noch nicht genügend sicher erwiesen, und für manche Fälle darf man eher annehmen, daß die Mutter weniger durch ihre Unfähigkeit als durch die erhöhte Rücksichtnahme auf ihr körperliches Wohlbefinden, auf die Konservierung ihrer Reize, auf ihre Bequemlichkeit und auf die Fortführung ihrer gesellschaftlichen Beziehungen gehindert wird, in anderen Fällen ist die mangelnde Kenntnis von der Wichtigkeit des Säugens, von der in der Kleidung sowie während der Schwangerschaft und im Wochenbett nötigen Rücksichtnahme auf diese Funktion anzuklagen — Verhältnisse, die in keiner unabänderlichen Beziehung zur Verfeinerung der Lebensweise stehen.

Der Mangel der natürlichen Ernährung hat um so ungünstigere Folgen auf die Gesundheit des Säuglings, je ungeeigneter und minderwertiger die zum Ersatz gebotene künstliche Nahrung ist. Besonders berüchtigt ist der in manchen Gegenden beliebte, aus mehligen Substanzen hergestellte Brei, der aus alter Gewohnheit oder Unverstand den Säuglingen gereicht wird und besonders für die ersten Lebensmonate nicht nur der ausreichenden Nährkraft entbehrt, sondern auch Verdauungsstörungen nach sich zieht.

Eine besondere und sehr bemerkenswerte Veranlassung für die Einschränkung der Tiermilchernährung stellt in manchen Gegenden die geschäftsmäßig ausgebildete Milchproduktion dar, welche ausschließlich zur Versorgung der benachbarten Großstädte bestimmt ist. Indem die Milch von den Kindern der unproduktiven Bezirke konsumiert wird, steigt entsprechend die Säuglingssterblichkeit der produzierenden Orte. Es wurden derartige Beobachtungen z. B. in der Umgebung von Paris (Roussel[20] p. 100), von München (Bernheim[9]) und in der Provinz Schleswig-Holstein (Bockendahl[22]) gemacht.

Als Ersatz der Frauenmilch für die Massenernährung der Säuglinge kann vorläufig nur die Kuhmilch in Betracht kommen. Freilich birgt auch sie mancherlei Gefahren in sich, die aber, wie wir später sehen werden, zum größten Teil überwunden werden können. Wir denken hierbei nicht einmal an die durch infizierte Milch übermittelten Infektionskrankheiten (wie Typhus, Scharlach, Diphtherie)

(Würzburg[23]), da sie für den Säugling wenig in Betracht kommen; höchstens wäre hier die Erkrankung an Cholera zu erwähnen, welche künstlich ernährte Säuglinge — vermutlich durch Infektion der ihnen dargereichten Milch — besonders leicht ergreift (Monti[24]). Viel wesentlicher sind hier für uns die nicht spezifischen Darmerkrankungen des Säuglings, welche meist durch den Genuß verdorbener Milch veranlaßt werden und besonders unter dem Bilde der Sommerdiarrhöe und des Brechdurchfalls auftreten. Um übrigens einer einseitigen Auffassung der Kinderdiarrhöen vorzubeugen, bemerken wir gleich hier, daß zuweilen auch als Reaktion auf andere krankmachende Einflüsse (z. B. infolge septischer und pyaemischer Prozesse [Fischl[25]]) beim Päppelkind und selbst beim Brustkind Diarrhöen entstehen, die aber, trotzdem sie sogar epidemisch, z. B. in Findelanstalten (Epstein[26] p. 322, Hofsten[27] p. 62) vorkommen, für uns hier außer Betracht bleiben können.

Die Diarrhoen, welche die Säuglinge dezimieren, hängen vielmehr sicher zum wesentlichen Teil mit der Ernährung zusammen. Es geht dies schon aus der Vergleichung der Sterblichkeit der Brustkinder mit derjenigen der Päppelkinder hervor, wie wir sie am besten für Berlin besitzen.

Die Sterblichkeit[6] (Bd. XVIII für 1891) der nicht ausschließlich mit Brustmilch ernährten Kinder des 1. Lebensjahres war hier z. B. im Jahre 1891 7,09-mal so groß als diejenige der nur mit Brustmilch ernährten Kinder und zwar erklärt sich dies zu einem beträchtlichem Teil aus der größeren Sterblichkeit der Päppelkinder an Darmkrankheiten. Wird die Zahl der bei ausschließlicher Brustnahrung an den verschiedenen Krankheiten Gestorbenen, berechnet auf die Zahl der bei gleicher Ernährungsweise Lebenden, mit der entsprechenden Zahl für andere Ernährungsweisen verglichen, so ergiebt sich für das Jahr 1891, daß die Sterblichkeit der nicht mit Brustmilch allein ernährten Kinder gegenüber den Brustmilchkindern am höchsten bei den Verdauungskrankheiten (bez. der wesentlich mit ihnen zusammenfallenden Kinderschwindsucht und Erschöpfung) war — nämlich 18,26- (bez. 18,69)-mal so groß bei den ersteren als bei den letzteren. Dementsprechend fanden sich unter 1000 an Durchfall bez. an Magendarmkatarrh bez. Brechdurchfall gestorbenen Kindern nur 94 bez. 84 bez. 68 Brustmilchkinder.

Lédé[28] (p. 158) fand bei einem Vergleich der Brust- und Flaschen-Pflegekinder, daß von den an der Brust ernährten Knaben 12,6, von den entsprechenden Mädchen 10,2, hingegen von den künstlich aufgezogenen männlichen Säuglingen 19,3, von den weiblichen 20,8 Proz. starben. Die Sterblichkeit der Flaschenkinder war am 1. Lebenstag 2,4, von 2—14 Tagen 2,5, vom 15.—29. Tag 3,3, vom 1.—3. Monat 1,8, vom 3.—6. Monat 1,4, vom 6.—12. Monat 1,1-mal so groß als die der Brustkinder.

Es sind mehr oder weniger lange Beziehungen zwischen der Häufigkeit der Verdauungskrankheiten und gewissen Verhältnissen in der Natur und im Gesellschaftsleben bekannt, deren Bedeutung erkannt werden muß, bevor man an eine erfolgreiche Vorbeugung der Kinderdiarrhöen gehen kann.

Am meisten ist die Steigerung der Todesfälle an Darmkrankheiten durch die Sommerhitze auffällig, und besonders in den großen Städten zu beobachten.

In London[24] (p. 39) starben z. B. im Durchschnitt von 50 Jahren (1844—1893) an Diarrhöe im ersten Jahresquartal 14, im zweiten 21, im dritten 154 und im vierten 25 Kinder. In Berlin traten im Juli, August, September des Jahres 1891 54,6 Proz. aller Sterbefälle an Verdauungskrankheiten ein, und zwar stellten sich in dieser Zeit die nicht allein oder überhaupt nicht mit Brustmilch genährten Kinder gegenüber den Brustkindern in ihrer Sterblichkeit noch ungünstiger als im Durchschnitt des Jahres, sodaß ihre Sterblichkeit an jener Krankheitsgruppe die 25,5-fache der Brustkinder betrug.

Den unehelichen Päppelkindern pflegen die Sommerdiarrhöen nicht in der gleichen Weise wie den ehelichen verderblich zu werden, weil ihre ungünstigen Lebensverhältnisse sie auch schon in den übrigen Kalendermonaten in erhöhte Lebensgefahr bringen.

Diese Beziehung zwischen Darmkrankheiten und Sommerhitze ist übrigens keine einfache, es scheinen sich vielmehr mit der Temperatur noch andere meteorologische Faktoren kombinieren zu müssen, von denen wahrscheinlich der Luftbewegung eine besondere Bedeutung beizulegen ist. Wie weit und auf welchem Wege außerdem klimatische Verhältnisse, wie z. B. das Binnenklima, auf die Säuglingsdiarrhöen Einfluß haben, ist noch schwer zu sagen. Zwischen dem Stande des Grundwassers (Baginsky[30] und seine früheren bezüglichen Arbeiten), der Höhe der Bodentemperatur und der Verunreinigung des bewohnten Bodens auf der einen Seite, der Stärke und dem Verlaufe einer Epidemie von Säuglingsdiarrhöen andererseits eine unmittelbare gesetzmäßige Beziehung nachzuweisen, ist ebenfalls nicht geglückt (Uffelmann[31]).

Trotzdem sind wir keineswegs berechtigt, die Bedeutung der kosmischen und tellurischen Einflüsse überhaupt zu leugnen, aber sie wirken gelegentlich, mittelbar und in wechselnder Stärke, sodaß sich der Zusammenhang nicht in Form einer mathematischen Gleichung fassen läßt, sondern nur unter sachlicher Würdigung aller jeweiligen Momente und Aufdeckung vorhandener Zwischenglieder erkennbar ist.

Allem Anschein nach ist die Nahrung des Säuglings, auf deren Bedeutung uns schon die Statistik hinwies, weitaus das wichtigste Bindeglied zwischen den meteorologischen und tellurischen Verhältnissen und den Säuglingsdiarrhöen. Die erwähnten Einflüsse wirken mehr oder weniger unmittelbar auf ihre Zersetzung hin, deren Folgen für den kindlichen Körper hier nicht geschildert zu werden brauchen. Da die Muttermilch jenen Einflüssen kaum unterliegt, so bleiben, wie schon erwähnt, die Brustkinder von den Darmerkrankungen fast ganz verschont.

Die Nahrung kann z. B. dadurch gesundheitsschädlich werden, daß ihr schlechtes Wasser direkt oder indirekt beigemischt wird. Hierbei läßt sich unter Umständen eine Beziehung zu verunreinigtem Untergrund oder Flußläufen nachweisen. Es brauchen nur durch schlechte Brunnenanlagen, deren Schadhaftigkeit sich vielleicht erst bei Sommerhitze und niedrigem Grundwasserstand geltend macht, aus dem verunreinigten Untergrund in das Trinkwasser chemische Stoffe oder Organismen schädlicher Art hineinzugelangen, um — wofern dies z. B. durch richtige Behandlung der Nahrung nicht verhindert wird — eine Epidemie von Säuglingsdiarrhöen hervorzurufen. Oder es kann auch die Reinigung verunreinigten Flußwassers durch gelegentliche Zufälle im technischen Betrieb im Stich lassen und zu den gleichen Folgen führen; es wird dieser Zusammenhang besonders deutlich, wenn ein großer Teil anderer Faktoren, wie z. B. die sommerlichen Schädlichkeiten, ausgeschaltet sind (s. Beispiel von Berlin und Hamburg [Reincke[32]]).

Viel wichtiger aber ist die Zersetzung der Milch, welche aus der Art ihrer Gewinnung und Behandlung herrührt. Auch sie steht ziemlich deutlich unter dem Einfluß einzelner der oben erwähnten allgemeinen Faktoren. Die genauere Kenntnis des hier spielenden

Mechanismus ist zu bedeutungsvoll, als daß wir ihn nicht eingehender darlegen müßten.

Die Zersetzung der Milch wird durch Keime, welche von außen in sie gelangen, bedingt. Es kann dies sofort bei und nach dem Melken geschehen, indem vom Körper der Kuh aus, durch die Hände des Melkenden, von den Melkgeschirren und aus der Luft des Stalles Schmutzteile mit den ihnen anhaftenden Keimen in die Milch kommen. Eine besonders gefürchtete Verunreinigung ist der Kuhkot; er ist besonders schädlich und schwer fernzuhalten, wenn er eine dünne Beschaffenheit hat, wie dies bei Uebergang zum Grünfutter im Frühjahr und bei unzweckmäßiger Viehfütterung häufig der Fall ist. Im allgemeinen wird die Milch später — beim Transport und beim Verkauf — nicht leicht ebenso stark der Verunreinigung ausgesetzt sein, wie es in der Molkerei selbst der Fall ist. Der Gehalt der Marktmilch an Schmutz kann hiernach sehr erheblich sein, wie dies Untersuchungen aus Halle, Leipzig und anderen deutschen Städten zeigen (Renk[33], Schulz[34], Uhl[35]).

Von 139 Milchproben, welche ich innerhalb von 21 Monaten in Berlin aus Molkereien und Verkaufsstellen entnahm, zeigten 33,8 Proz. bei der Renk'schen Probe (s. später) eine durchaus unzulässige Menge von Milchschmutz, während die übrigen Proben nur Spuren Schmutz oder überhaupt keinen Bodensatz hatten. Die Milch der Molkereien war besser als die der Verkaufsstellen (17,7 gegen 46,8 Proz. Proben mit starkem Bodensatz).

Trotzdem wird in der kühlen Jahreszeit eine Zersetzung der Milch nur schwer eintreten, während bei ungehinderter Einwirkung wärmerer Temperatur sich in der Milch — und zwar entsprechend dem Grade ihrer Verunreinigung — durch Vermehrung der dem Schmutz anhaftenden Keime schnell eine ungeheure Zahl von Keimen bilden und eine entsprechende Ansammlung ihrer Stoffwechselprodukte und Zersetzung der Milchbestandteile stattfinden wird. Daß die Zersetzung der Milch nicht nur von dem Grade der Hitze, sondern auch von dem Grade der Luftbewegung abhängt, ist allgemein bekannt; es braucht nur an das leichtere Gerinnen in bedeckten Gefäßen oder bei der dem Gewitter vorausgehenden Schwüle erinnert zu werden.

Wenn wir jetzt die sozialen Verhältnisse, die auf das Auftreten der Kinderdiarrhöen hinwirken, besprechen, so zeigt sich, daß sie ebenfalls an dem Punkte der Nahrungsverderbnis ansetzen. Armut, gesundheitswidrige Wohnungen, mangelhafte Säuglingspflege stehen nicht in einer gesetzmäßigen Beziehung zu dem Auftreten der Darmkrankheiten, sondern schließen nur ungemein oft Zustände in sich, welche ihrem Auftreten günstig sind.

Die billige Milch, welche der Arme kauft, ist oft, besonders im Sommer, so minderwertig und zersetzt, daß sie selbst, unter im übrigen günstigen Verhältnissen, dem Säugling nicht bekommen würde. Um wie vieles mehr ist dies der Fall, wenn die Wohnungsverhältnisse ungünstig sind! Freilich reicht es gewöhnlich zur Entstehung der Darmerkrankungen nicht aus, daß die Wohnungen der Unbemittelten eng, überfüllt und schlecht ventilierbar sind; obgleich dieses Moment sich im Winter besonders geltend macht, tritt die Kinderdiarrhöe — von den Epidemien in geschlossenen Anstalten abgesehen — doch erst epidemisch auf, wenn die sommerliche Temperaturerhöhung noch hinzukommt; dann saugen

die Wände die Hitze ein und geben sie in der Nacht nur in geringem Grade von sich; noch zu einer Jahreszeit, wo die Außentemperatur schon wieder gesunken ist, haben die Arbeiterwohnungen ein Sommerklima. Sehr wichtig ist hierbei die Luftbewegung; in engen winkeligen Straßenfluchten, bei hohen und engen Höfen — kurz, wo die Dichtigkeit der Gebäude eine große ist — liegt die freiwillige Ventilation der Häuser darnieder und kommt es zu einer unerträglichen Stagnation der überhitzten Luft (Flügge[86], Meinert[87]). Mag hierdurch auch die Widerstandskraft des kindlichen Organismus an und für sich geschwächt werden, sodaß er zum Brechdurchfall geneigter wird, so wirken doch wohl diese Verhältnisse vor allen Dingen mittelbar durch die schnellere und stärkere Milchzersetzung verhängnisvoll. Es kommt noch hinzu, daß sich unter diesen Wohnungsverhältnissen durch unsaubere Wirtschaftsführung zahllose Quellen zu finden pflegen, die der Milch immer neue Verunreinigungen zuführen — von dem Einfüllen der Milch in schmutzige Gefäße an bis zu ihrer Verabreichung aus schmutzigen Saugflaschen und -Pfropfen.

Der Anteil der häuslichen Behandlung an der Nahrungszersetzung ist in Berlin so groß, daß, obgleich die in Berlin erzeugte Milch sauberer und frischer als die von außerhalb eingeführte ist (s. oben), bei der Ernährung mit der einen wie der anderen Milch gleich häufig Säuglingsdiarrhöen vorkommen (H. Neumann[47]).

Je größer die aus den sozialen Verhältnissen in der geschilderten Weise erwachsenden Schädlichkeiten sind, desto höher steigt die Häufigkeit der tödlichen Diarrhöen bei künstlich genährten Säuglingen. Im einzelnen hängt es natürlich von den örtlichen Verhältnissen ab, welche von den einzelnen Veranlassungen am meisten hervortritt.

Waren in Berlin schon von den verstorbenen Säuglingen des Jahres 1891, welche nicht oder nicht ausschließlich mit Brustmilch ernährt waren, überhaupt 42,2 Proz. an Verdauungskrankheiten (Ruhr, Magenkatarrh, gastrischem Fieber, Durchfall, Brechdurchfall, Magen- und Darmentzündung, Magen- und Darmkatarrh) gestorben, so traten bei den meist unehelichen Haltekindern im gleichen Jahr sogar 54,3 Proz. aller Todesfälle aus der gleichen Ursache ein; eine Zahl, welche in Berücksichtigung der Alterszusammensetzung dieser Säuglinge (s. früher) als außerordentlich hoch zu betrachten ist und in den besonders ungünstigen sozialen Verhältnissen dieser Kinder ihre Erklärung findet. Auch bei den Budapester künstlich ernährten Haltekindern (der beiden ersten Lebensjahre) ist die Diarrhöe unter den Todesursachen prozentisch häufiger als bei den in eigener Familie Gepäppelten (in den Jahren 1877—1881 33 gegenüber 28, in den Jahren 1882—1885 29 gegenüber 26 Proz. [Körösi[88]]).

Noch besser läßt sich der Einfluß der Wohlhabenheit auf den Erfolg der künstlichen Ernährung der Säuglinge aus der folgenden Berechnung erkennen. Wir haben hier die im Jahre 1891 in den einzelnen Standesämtern Berlins an Durchfall, Brechdurchfall und Magendarmkatarrh überhaupt Verstorbenen (Veröffentlichungen etc.[89]) mit den am 1. Dezember 1890 in den gleichen Standesämtern gezählten Kindern des 1. Lebensjahres[17], soweit sie nicht ausschließlich Brust erhielten, in Verbindung gesetzt. Da von den 5185 an jenen Krankheiten Verstorbenen nur 278 über 1 Jahr alt und da ferner unter 1000 an Durchfall bez. Magendarmkatarrh bez. Brechdurchfall Gestorbenen des 1. Jahres nur 74 bez. 67 bez. 45 Brustmilchkinder waren, so ist die Fehlerquelle bei diesem Vergleich keine wesentliche. Um die Wohlhabenheit des einzelnen Standesamts zu kennzeichnen, fügen wir hinzu, wie viel Proz. von den in den einzelnen Standesämtern künstlich ernährten Säuglingen sich bei der Volkszählung in einer Wohnung von 1 oder 2 Zimmern befand. In der letzten Kolonne geben wir nach Böckh[6] (p. 49) die Sterblichkeitsziffer der Kinder unter 1 Jahr an, berechnet auf die Bevölkerung des einzelnen Standesamts, und erkennen hierbei, daß dieselbe wesentlich die gleiche Reihenfolge wie die Sterblichkeit der Päppelkinder an Verdauungskrankheiten innehält.

No. des Standesamts	Name des Stadtteiles	Todesfälle der Päppelkinder an Darmkrankheiten	Zahl der in 1—2 Zimmern wohnenden Päppelkinder	Promille-Sterblichkeit der Kinder unter 1 Jahr auf die Bevölkerung d. Standesamts berechnet (p. 49).
II	Friedrichstadt	6,9	18,7	2,56
III	Friedrich- und Schöneberg. Vorstadt	10.4	37,0	4,28
VI	Louisenstadt diess. und Neu-Köln	15,9	29,4	5,43
IV	Friedrich- und Tempelhofer Vorstadt	17,4	46,7	6,79
I	Berlin, Köln, Friedrichswerder, Dorotheenst.	18,3	26,7	4,47
IX	Spandauer Viertel	22,0	32,4	7,14
XII	Friedr.-Wilh.-Stadt, Tiergart.-Vorst., Moabit	22,4	44,4	9,25
VIII	Königs-Viertel	24,3	45,5	9,79
Va	Louisenstadt jenseits westlich	27,9	61,4	9,45
VIIa	Stralauer Viertel westlich	33,3	58,8	10,10
XI	Oranienburger Vorstadt	34,0	57,4	10,56
Xa	Rosenthaler Vorstadt südlich	34,4	56,2	11,01
Vb	Louisenstadt jenseits östlich	38,4	79,2	14,07
Xb	Rosenthaler Vorstadt nördlich	40,6	59,5	13,72
XIII	Wedding	40,9	62,4	14,09
VIIb	Stralauer Viertel östlich	43,2	67,8	13,14

Vorbeugung.

Aus der Schilderung der Ursachen, welche die hohe Erkrankungs- und Sterbeziffer an Darmkrankheiten bedingen, ergiebt sich leicht die Richtung, in der ihnen entgegenzuwirken ist.

An der Spitze steht die Forderung, dem Säugling die Mutterbrust zu verschaffen, soweit es physisch möglich ist. Darf man sich auch nicht allzu großen Hoffnungen hingeben, wenn man versuchen will, nationale Gewohnheiten zu beeinflussen, so hat immerhin gerade der moderne Staat die Möglichkeit, auf die breiten Schichten des Volkes einzuwirken. Zunächst kann man der Jugend in der Volksschule verständige Anschauungen über Gesundheitspflege einflößen — wir kommen hierauf noch zurück — und sie hierbei als zweckmäßige Einrichtung der Natur kennen lehren, daß die Kinder von ihren Müttern gestillt werden. Noch wichtiger ist es aber, daß der Staat die Thätigkeit des Arztes und der Hebammen überall unter seine Ueberwachung gestellt hat und daher (vor allem durch die letzteren) auf die Vorbereitung zum Stillen und nach der Geburt auf die Einleitung des Selbststillens hinwirken kann. Eine viel geringere Bedeutung können wir gedruckten Belehrungen, die etwa bei der standesamtlichen Anmeldung verteilt werden, beilegen (s. später).

Private Bestrebungen, die auf die Verbreitung des Stillens hinwirken, werden im allgemeinen keinen wesentlichen Einfluß auf die großen Massen gewinnen können.

Immerhin sehen wir an dem Beispiel der Société de charité maternelle in Frankreich, wie unter Umständen private Wohlthätigkeit, unterstützt durch das Wohlwollen und die materielle Beihilfe der Behörden, recht Erhebliches leisten kann. Diese Gesellschaft, deren Gründung bis ins Jahr 1788 zurückreicht und deren Geschäftsführung wiederholt durch behördliche Dekrete geregelt ist, unterstützt, um aus ihren verwickelten Statuten den Kern herauszuschälen, be-

dürftige verheiratete Frauen, und zwar meist unter der Bedingung, daß sie ihr Kind mindestens 1 Jahr selbst stillen (vergl. Roussel[21] [p. 19] und Nomenclature[48]).

Die Société de l'Allaitement Maternel in Paris hat in ähnlicher, doch weniger ausgedehnter Weise zum Zweck, das Stillen der Kinder zu begünstigen, und zwar thut sie es besonders dadurch, daß sie arme Mütter, welche ihre Kinder stillen (auch unverheiratete), durch Naturalien unterstützt.

Eine andere Form, das Säugen zu erleichtern, ist die Einrichtung der Krippen, welche freilich gewöhnlich diesen Zweck in den Hintergrund treten lassen müssen (s. früher).

Im Gegensatz zu diesen allgemeinen Bestrebungen dienen Einrichtungen, welche für bestimmte Kreise unter Würdigung ihrer besonderen Lage getroffen werden, sicherer dem angestrebten Ziel.

Wir haben schon die Wöchnerinnen-Vereine und Krippen einzelner größerer Fabrikbetriebe erwähnt, welche ihren Wöchnerinnen häusliche Ruhe und Pflege gewähren (im Ober-Elsaß in einer Dauer von 6 Wochen) und ihnen später ermöglichen, trotz Fabrikarbeit das Stillen der Kinder fortzuführen (z. B. in der mechan. Weberei in Linden).

Einrichtungen dieser Art, mögen sie auch nur als Notbehelf gelten können, sind um so mehr zu empfehlen, als sie sich leicht treffen lassen und unter Anwendung eines gelinden Zwanges in zweckmäßigen Gebrauch kommen.

Auf die Bestrebungen, den unverheirateten Müttern das Stillen zu ermöglichen oder zu erleichtern, brauchen wir nicht einzugehen. Es entscheidet hier vor allem der Umstand, ob die Mutter ihr Kind in eigener Pflege behalten kann oder nicht, sodaß wir nur auf die in dieser Hinsicht getroffenen und früher besprochenen Maßnahmen zu verweisen brauchen.

Wenn der Säugling nicht die Brust bekommen kann, so bleibt nichts übrig, als ihn mit Tiermilch, gewöhnlich Kuhmilch, großzuziehen. Um den Gefahren, die bei der künstlichen Ernährung zu fürchten sind, vorzubeugen, kommt folgendes in Betracht.

Zunächst ist bezüglich der Gewinnung und des Vertriebes der Milch folgendes zu verlangen.

Die Milch ist von gesunden Tieren, welche zweckmäßig gefüttert sind und tierärztlich überwacht werden, zu gewinnen. Wegen der Möglichkeit einer Krankheitsübertragung durch die Milch ist besonders auf Perlsucht und Maul- und Klauenseuche zu achten und, wenn keine genügende Sicherheit in der Diagnose besteht, die Milch nur abgekocht in den Handel zu bringen. Bei dem Melken ist die peinlichste Sauberkeit zu beachten; Personen, welche an ansteckenden Krankheiten leiden oder mit ansteckenden Kranken in Berührung kommen, sind bei der Gewinnung und dem Vertrieb der Milch entfernt zu halten. Hierbei kommt besonders Cholera, Typhus, Diphtherie, vielleicht auch Scharlach in Betracht. Durch zweckmäßige Anlage der Aborte ist die Infektion des Gebrauchswassers zu vermeiden und ebenso jeder andere Weg einer Infektion der Milch möglichst abzuschneiden. Die Milch ist schnell zu kühlen und zu reinigen, mit Vermeidung der Abrahmung und Verunreinigung zu transportieren und dem Käufer sauber und frisch zuzustellen. Jede Verfälschung der Milch ist zu verhindern. Soweit hierdurch nur ihr Nährwert vermindert

wird, findet wesentlich eine ökonomische Schädigung statt, während eine Gesundheitsschädigung dann in Frage kommt, wenn zur Fälschung giftige Körper verwendet werden oder Stoffe, welche, wie das Wasser, etwa gleichzeitig ansteckende oder Fäulniskeime enthalten.

Die Behörden wenden vor allem der zum Verkauf kommenden Marktmilch ihr Augenmerk zu und haben vielerorts hierdurch eine beträchtliche Besserung der Qualität erzielt; auch besteht vielfach nicht nur die Anmeldepflicht für Erkrankungen des Viehstandes, sondern auch das Verbot, kranke Menschen mit der Milch in Berührung kommen zu lassen, das freilich ohne Zweifel häufig unbeachtet bleibt. Hingegen ist es für die Marktpolizei, selbst wenn sie das Recht hat, außer dem Milchvertrieb auch die Gewinnung zu überwachen, sehr schwer und wohl oft unmöglich, für den Keimgehalt der Milch einen schnellen und sicheren Maßstab zu gewinnen, sodaß sich gerade dieser wichtigste Punkt bei der Beurteilung der Qualität einer Säuglingsmilch der behördlichen Kontrolle zu entziehen pflegt.

Für die Beurteilung der gröberen Verunreinigungen der Milch giebt Renk[38] folgenden leicht anwendbaren Maßstab an: „Die Kuhmilch muß in einem solchen Zustand der Reinheit auf den Markt gebracht werden, daß bei 2-stündigem Stehen eines Liters Milch in einem Gefäß mit durchsichtigem Boden ein Bodensatz nicht beobachtet werden kann."

Die Vermehrung der Keime in der ungekochten Milch pflegt bei einem gewissen Grade den Säuregehalt der Milch ansteigen zu lassen; vorher befindet sich die Milch noch im Inkubationsstadium der Milchsäuregärung. Soxhlet[41] (p. 15) verlangt, daß eine zur Säuglingsernährung noch geeignete Milch sich beim Verkauf noch im Inkubationsstadium befinde; es läßt sich dies durch Titrierung des Säuregehaltes der Milch feststellen (Plaut[47]).

Am meisten darf man hoffen, in dieser Richtung Milchgewinnung und -vertrieb zweckmäßig vor sich gehen zu sehen, wo die Produzenten selbst erkannt haben, daß dies in ihrem Geschäftsinteresse liegt, und wo ihnen die nicht unerheblichen Mittel, welche ein rationeller Betrieb erfordert, zur Verfügung stehen. In kleinen Molkereien ist beides oft nicht der Fall, sodaß der Vorteil, den man von dem häufigen Einkauf einer in nächster Nähe frisch gemolkenen Milch hat, durch ihre schlechte Beschaffenheit aufgehoben wird. Es sind daher vielfach behufs Produktion von Kindermilch Milchkuranstalten errichtet worden, welche eine einwandsfreie Milch am Orte des Verbrauchs produzieren.

Leider stellt sich aber hier der Preis so hoch, daß die Milch nicht für breitere Kreise des Volkes käuflich ist. Schon eher könnten solche Milchanstalten billige Milch liefern, welche nicht in der Stadt selbst produzieren, sondern von einer Anzahl ländlicher Molkereien, deren Zuverlässigkeit dauernd überwacht wird, die Milch sammeln, um sie dann weiter zu verarbeiten und zum Verkauf zu bringen; freilich wird es schon hier nur unter sehr günstigen Verhältnissen möglich sein, eine in jeder Richtung gute Säuglingsmilch zu garantieren. Aber wenn es auch derartige private oder genossenschaftliche Anstalten in größerer Anzahl giebt, die zum Teil in gemeinnütziger Absicht gegründet und gut verwaltet sind (siehe z. B. die Regulative und Geschäftsberichte der Züricher Central-Molkerei), so sind doch auch diese Anstalten vorläufig nicht in der Lage, Kindermilch zu den gleichen Preisen wie andere Milch zu liefern und

hierdurch die Forderung zu erfüllen, daß auch die ärmsten Kreise gute Säuglingsmilch erhalten.

Wohl nur in dem Maße, als die sich eben anbahnenden Fortschritte in der Milchgewinnung, im besonderen bezüglich der sauberen Behandlung der Milch und die hiermit zusammenhängende Möglichkeit eines weiten Transportes zunehmen, darf man für die Zukunft eine billige Versorgung der großen Massen mit Säuglingsmilch erhoffen.

Es ist in den letzten Jahren wiederholt der Versuch gemacht, eine bessere Milch in möglichst keimfreiem Zustand den Kindern der Armen zu einem billigen Preise zu liefern (in Posen, Leipzig). Bei dem Mißverhältnis des auf dem Wege der Wohlthätigkeit Erreichbaren zu dem hier vorhandenen Bedürfnis kann man jedoch diesen lobenswerten Bestrebungen keinen großen Erfolg voraussagen. — Als sehr zweckmäßig ist es zu begrüßen, wenn z. B. die Armenbehörden bei der Ernährung der von ihnen verpflegten Kinder, welche den Diarrhöen besonders ausgesetzt sind, auf die Qualität der Milch ein besonderes Gewicht legen.

Wenn man zur Vermeidung der Kinderdiarrhöen auf der einen Seite eine Besserung des milchwirtschaftlichen Betriebes anstreben muß, welche durch behördliche Ueberwachung, durch Aufklärung des konsumierenden Publikums und durch wachsendes Verständnis der Produzenten beschleunigt werden kann, so ist andererseits eine Verbesserung in der häuslichen Behandlung der Milch von nicht geringerer Wichtigkeit. Hierbei sind vor allem Maßnahmen ins Auge zu fassen, welche der großen Mehrheit der Unbegüterten ohne ihr besonderes Zuthun zu gute kommen.

Aus unseren früheren Erörterungen geht hervor, daß gewisse Fortschritte in der Hygiene der Städte hier von einschneidender Bedeutung sein können: eine gute Wasserversorgung pflegt die Darmkrankheiten der Säuglinge herabzusetzen und in der gleichen Richtung wirkt eine Verminderung der Wohnungsdichtigkeit. Die Niederlegung ungesunder und winkliger alter Stadtteile und eine Bauweise, welche eine gute Durchlüftung der Gebäude ermöglicht, läßt die schädliche Einwirkung der sommerlichen Hitze weniger hervortreten und vermindert hiermit die Säuglingssterblichkeit (Meinert[37], Uffelmann[31]; für Hamburg s. Reincke[32], für Berlin Weyl[43]).

Weiter ist die Hygiene in den Wohnungen selbst auszubilden. Selbst wenn das Klima der Wohnungen durch allgemeine bauliche Maßregeln gebessert ist, ist eine Zersetzung der Säuglingsnahrung so lange zu befürchten, als nicht richtige Ansichten über ihre Behandlung verbreitet sind. Die große Masse der Mütter muß es bei der Erziehung, auf dem Wege der öffentlichen Belehrung und durch die Medizinalpersonen erfahren, daß die Milch dem Säugling nur dann zuträglich ist, wenn sie von vornherein nur wenig verunreinigende Keime enthielt, wenn diese Keime nicht im Hause noch zu üppiger Vermehrung angeregt wurden, und wenn zu ihnen nicht durch grobe Verunreinigung noch neue Keime hinzukamen. Die Bedeutung der Kälte zur Verhinderung des Wachstums derjenigen Keime, welche trotz des Kochens zurückblieben, muß allgemein gewürdigt werden (Flügge[44]); durch Kühlvorrichtungen (mit Hilfe von Wasser, Druck-

luft etc.) und durch zweckmäßige und billige Kochapparate läßt sich die Durchführung dieser Forderungen erleichtern.

Bisher ist am meisten zur häuslichen Behandlung der Milch ihre Bereitung nach Soxhlet'schem Prinzip zu empfehlen. Nach demselben wird die gesamte Tagesnahrung sofort nach der Milchlieferung in der Weise hergestellt, daß jede einzelne Trinkportion in einer Saugflasche fertiggestellt und luftdicht aufbewahrt wird, um später (nach Anwärmung und Ersatz des Verschlusses durch den Saugpfropfen) dem Kinde verabreicht zu werden. Die guten Resultate, die der Praktiker dort beobachtet, wo das Soxhlet'sche Verfahren zur Anwendung kommt, müssen die Meinung befestigen, daß in der That die meisten unter den Ursachen der Darmkrankheiten früher erwähnten Faktoren mittels ihres Einflusses auf die künstliche Nahrung zur Wirkung gelangen, wie sie andererseits den Wunsch nahe legen, das Soxhlet'sche Verfahren, das zunächst in seiner Originalform für die am meisten gefährdeten Kreise noch zu teuer ist, auch in den häuslichen Betrieb der Unbemittelten einzuführen.

Es wäre folgerichtig, die Säuglingsmilch unmittelbar nach ihrer Gewinnung in der Molkerei zur Herstellung Soxhlet'scher Portionsflaschen zu verwenden und hierdurch eine Verunreinigung auf dem Transport, beim Verkauf und im Haushalt unmöglich zu machen; doch haften der Darstellung im großen — abgesehen von dem zu hohen Preis — vorläufig noch eine Reihe von Schwierigkeiten an, die erst noch zu überwinden wären (Flügge[44], Renk[38]). Jedenfalls genügt es nicht für unseren Zweck, eine Vereinfachung in der Weise eintreten zu lassen, daß man von den Portionsflaschen absieht und die Milch sterilisiert in größeren Portionen von $^1/_3$ l oder mehr Inhalt in den Haushalt der Unbemittelten liefert *).

Erfolge.

Die erwähnten Maßnahmen zur Vermeidung der Darmkrankheiten dürfen ein um so größeres Interesse beanspruchen, als ihre Wirksamkeit schon jetzt über allem Zweifel ist. Ohne daß wir die Bedeutung der einzelnen Faktoren getrennt erkennen können, darf man doch auf sie die Verminderung der tödlichen Darmkrankheiten in vielen hygienisch fortschreitenden Großstädten zurückführen.

Z. B. kam in Berlin 1 Todesfall an Magenkatarrh, Magendarmkatarrh, Durchfall und Brechdurchfall in den Jahren 1879—1882 auf 9,3, in den Jahren 1883—1887 auf 9,6, in den Jahren 1888—1892 auf 10,8 Lebendgeborene (berechnet aus Böckh[6] und Weyl[43], s. auch f. andere deutsche Städte Bernheim[9], p. 547). In Budapest starben von 10000 Bewohnern an „Diarrhoea" und „Enteritis" im Jahre 1878 50,5, im Jahre 1893 (nachdem inzwischen wesentliche Verbesserungen eingeführt waren) nur noch die Hälfte (25,2) (Körösi und Thirring[45]). Ganz besonders hat sich aber der Einfluß hygienischer Verbesserungen auf die Kinder-

*) Es wären hier noch kurz die öffentlichen Einrichtungen zur Behandlung der Darmkrankheiten der Kinder zu erwähnen. Von der Krankenhausbehandlung absehend, wollen wir auf die Einrichtung der Kinderheime an den Meeresküsten und der schwimmenden Hospitäler, wie wir sie in England und vor allem in Amerika finden, hinweisen.

sterblichkeit — wobei besonders die Darmkrankheiten in Betracht kommen — in England nach dem Erlaß der Public Health Act vom Jahre 1875 gezeigt. Während die säumigen Gemeinwesen ihre hohe Kindersterblichkeit behielten, vermochte sie z. B. London von 22,5 (1870) auf 17,3 zu erniedrigen (Meinert[37], Spencer Wells[46]).

1) **Bodio**, *Cause di morte, Statist. degli anni* 1891 *e* 1892, *Roma* 1894.
2) *Preuſs. Statistik* 132. *Bd., Berlin* 1894.
3) *Statistik d. Deutschen Reichs N. F.* 68. *Bd., Volkszählung* 1890.
4) **Böckh**, *Bewegung der Bevölkerung d. Stadt Berlin* 1869—1878.
5) **Kassowitz**, *Vorlesung über Kinderkrankheiten im Alter der Zahnung, Leipzig u. Wien* 1892.
6) **Böckh**, *Statist. Jahrbuch der Stadt Berlin.*
7) **Paul Ehrlich**, *Ueber Immunität durch Vererbung und Säugung, Z. f. Hyg. u. Inf.* 12. *Bd.* (1892).
8) **Mayr**, *Z. d. bayr. stat. Bureaus* (1870) *S.* 245.
9) **Bernheim**, *Z. f. Hyg.* 4. *Bd.*
10) **Reid**, *Kindersterblichkeit und die Arbeit verheirateter Frauen in Fabriken, Prov. med. Journ.* (1892, *Oct.* 1), *Cit. nach Ctb. f. klin. Med.* (1893) *No.* 22 *S.* 50.
11) **M. A. Fenton**, *Ueber Sterblichkeit d. Säuglinge, The Sanitary Record March* 15 (1880), *Refer. im Arch. f. Kinderh.* 1. *Bd.* 441.
12) **G. Custer**, *Die hohe Säuglingssterblichk. im Kanton St. Gallen, St. Gallen* 1882, *Refer. im Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 20. *Bd.* (1883) 178.
13) **H. Rheiner**, *Untersuchungen üb. Säuglingssterblichk. in der Schweiz etc., Zürich* 1888, *Refer. im Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 29. *Bd.* (1889) 180.
14) *Ergebnisse der über die Frauen- und Kinderarbeit in den Fabriken auf Beschluſs des Bundesrats angestellten Erhebungen, zusammengestellt im Reichskanzleiamt, Berlin* 1877.
15) **Eugen Graetzer**, *Einiges üb. die Ernährungsweise der Säuglinge bei der Berliner Arbeiterbevölkerung, Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 35. *Bd.* (1893).
16) **Escherich**, *Münch. med. Wochenschr.* (1887) *No.* 13, 14.
17) *Die Berliner Volkszählung von* 1890, *Berlin* 1893, *H.* 1.
18) **H. Neumann**, *Säuglingsernährung in Berlin, D. med. Wochenschr.* (1893) *No.* 48.
19) **Meinert**, *Ueb. d. Häufigkeit d. Brusternährung bei den Dresdener Arbeiterkindern, D. med. Wochenschr.* (1888).
20) **R. Böckh**, *Die statist. Messung des Einflusses der Ernährungsweise der kleinen Kinder auf die Sterblichkeit derselben, VI. intern. Kongr. f. Hyg. u. Demogr. zu Wien* 1887, *Wien* 1887.
21) **Théophile Roussel**, *Rapport etc., Assemblée nationale Année* 1874 *No.* 2446, *Versailles* 1874, *S.* 100.
22) **Bockendahl**, *Medizin. Ber. üb. d. Prov. Schleswig-Holstein* 1889—1891.
23) **Würzburg**, *Ueb. Infektionen durch Milch, Therap. Monatsh.* (1891).
24) **Monti**, *Epidem. Cholera in Gerhardt's Handb. f. Kinderkrankh.* 2. *Bd.* 592.
25) **Fischl**, *Ueb. sept. Infektion des Säuglings mit gastro-intestinalen resp. pulmonalen Symptomen, Z. f. Heilk.* 15. *Bd.* (1894).
26) **Epstein**, *Ueb. d. akuten Brechdurchfall d. Säuglinge u. seine Behandlung, Prag. med. Wochenschr.* (1881) *S.* 322.
27) **Hofsten**, *Cholera infant. im Kinderhause in Stockholm, Refer. im Arch. f. Kinderh.* (1889) *No.* 10 *S.* 62.
28) **Lédé**, *cit. nach Encyclop. d'Hygiène* 5. *Bd.* 25. *fascic, Paris* 1892.
29) *Annual summary of Births, Deaths and Causes of Death in London and other Great Towns* 1893, *Published by the Authority of the Registrar General, London* 1894.
30) **Baginsky**, *Arch. f. Kinderh.* 12. *Bd.* (1891).
31) **Uffelmann**, *D. med. Wochenschr.* (1880) *No.* 12.
32) **Reincke**, *Ber. d. Medizinalinspektorats üb. d. med. Statistik d. Hamburgischen Staates f. d. Jahr* 1892 *S.* 10 *ff., desgl. f. d. Jahr* 1893.
33) **Renk**, *Münch. med. Wochenschr.* (1891) *No.* 6.
34) **Schulz**, *Arch. f. Hyg.* (1892) *S.* 260.
35) **Uhl**, *Z. f. Hyg.* 12. *Bd.* (1892) *S.* 475.
36) **Flügge**, *Beiträge zur Hygiene* (1879).
37) **Meinert**, *Ueb. Cholera infant. aestiva, Therap. Monatsh.* (1891).
38) **Körösi**, *Die Kindersterblichk. in Budapest i. d. Jahren* 1876—1881, *Berlin* 1885; *desgl. Die Sterblichk. d. St. Budapest i. d. Jahren* 1882—1885, *Berlin* 1888.
39) *Veröffentlichungen d. Stat. Amtes d. St. Berlin* (1891) *Supplem.* 1 *S.* 12 *ff.*
40) *Nomenclature des établissements reconnus d'utilité publique, Paris* 1884.
41) **Soxhlet**, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 24. *Bd.* (1892).
42) **Plaut**, *Arch. f. Hyg.* 13. *Bd. H.* 2 (1892).

43) **Th. Weyl**, *Ueb. d. Einwirkung hygien. Werke auf die Gesundheit der Städte, Jena* 1893. — *Hygien. Rundschau* (1895) 245.
44) **Flügge**, *Die Aufgaben und Leistungen der Milchsterilisierung, Z. f. Hyg.* 16. *Bd.* (1894).
45) **Körösi** *und* **Thirring**, *Die Natalitäts- und Mortalitätsverhältnisse ungar. Städte i. d. Jahren* 1778—1893 *S.* 36.
46) **Spencer Wells**, *The National Health, The British Med. Journ.* (1890 *Oct.* 4).
47) **H. Neumann**, *Berl. klin. Wochenschr.* (1894) *No.* 20.

b) Rhachitis.

Nach altem Gebrauch wird die Rhachitis mit der Skrofulose zusammengefaßt. Ursächlich hat sie zur letzteren jedoch keine andere Beziehung, als daß die Skrofulose in einem gewissen Lebensalter ihren Ausbruch veranlassen kann. Aber ebenso gut wie die Skrofulose kann jede andere länger dauernde Allgemeinerkrankung im Säuglings- und zartesten Kindesalter allgemeine Ernährungsstörungen unter dem Bilde der Rhachitis (englischen Krankheit) auftreten lassen. Als häufigste Veranlassung, hinter der die Skrofulose und angeborene Syphilis zurücktreten, sind Verdauungsstörungen zu betrachten, sodaß ihre Vorbeugung — bezüglich deren wir auf den vorhergehenden Abschnitt verweisen — in allererster Reihe in Betracht kommt. Aber außerdem kommt die Rhachitis unabhängig von Erkrankungen der genannten Art und selbst bei im übrigen gedeihenden Brustkindern vor, wenn die allgemeinen Lebensbedingungen ungünstige sind. Mit diesem letzteren Punkte hängt der zeitliche Eintritt und die Verbreitung der Rhachitis eng zusammen.

Ungünstige Lebensverhältnisse und Erkrankungen der Mutter können schon dem werdenden Kind in Form der angeborenen Rhachitis ihren Stempel aufdrücken; höhere Grade pflegt aber auch die angeborene Rhachitis erst in der zweiten Hälfte des 1. Lebensjahres zu erreichen, nachdem die Unbilden des Lebens auf den Neugeborenen eingedrungen sind. Die Rhachitis als floride Krankheit pflegt sich in den ersten 2—3 Lebensjahren zu erledigen und selten noch weiter hinzuziehen, während später allerdings Knochenverkrümmungen und -auftreibungen noch die Erinnerung an die abgelaufene Krankheit wachhalten und mechanisch zu Störungen Veranlassung geben können.

Die beiden ursächlichen Momente — Erkrankungen (vor allem Verdauungsstörungen) und ungünstige Lebensverhältnisse — bewirken es, daß vorwiegend die Kinder der ärmeren Bevölkerung ergriffen werden; aber es wäre ein Irrtum, die wohlhabenden Kreise von der Rhachitis frei zu erachten, da selbst die günstigsten Außenverhältnisse nicht die Folgen der hier so häufigen künstlichen Ernährung ausgleichen können. Immerhin kommen hier wenigstens die schweren Formen der Rhachitis, welche für sich sowie in ihrem schlimmen Einfluß auf den Verlauf akuter Erkrankungen am meisten zu fürchten sind, nur sehr selten vor.

Kassowitz[1] (p. 502) sah in seiner ambulatorischen Klinik einer- und in der Privatpraxis andererseits keine Rhachitis in 10,5 Proz. bez. 41,0 Proz., den leichten Grad der Rhachitis in 23,8 Proz. bez. 34,0 Proz., den zweiten Grad in 32,7 Proz. bez. 20,0 Proz., den dritten Grad in 26,6 Proz. bez. 5,0 Proz. und die schwerste Form in 6,4 Proz. bez. 0 Proz. der Fälle.

Um die Häufigkeit der Rhachitis bei den Unbemittelten anzudeuten, müssen wir uns begnügen, auf die poliklinisch behandelten kranken

Kinder zurückzugehen, obgleich die hierbei erlangten Zahlen keine Verallgemeinerung erlauben.

Kassowitz[2] hat in seinem Wiener Ambulatorium unter den Kindern der 3 ersten Lebensjahre 89,5 Proz., ich[3] habe in Berlin entsprechend 65,8 Proz., Seitz[4] in München hat im 1. Lebensjahr 74 Proz., im 2. 63 Proz. Rhachitiker. Die kleineren Prozentzahlen, die sich vielfach finden, sind ohne Zweifel großenteils auf Beobachtungs- und statistische Fehler zurückzuführen.

Diese außerordentliche Häufigkeit der Rhachitis und eine entsprechende Intensität ihrer Erscheinung scheint vor allem in die der gemäßigten Zone angehörigen Gebiete von Europa und Nordamerika zu fallen und durch ein feuchtkaltes, häufigem Witterungswechsel unterworfenes Klima begünstigt zu werden (Hirsch[5]). Die Einwirkung der klimatischen Verhältnisse findet wohl hauptsächlich in der Weise statt, daß durch sie der Genuß der freien Luft während einer mehr oder weniger langen Zeit des Jahres eingeschränkt wird. Selbst in Gegenden mit mildem Klima ist die Krankheit sehr verbreitet, wenn die Kinder während der weniger günstigen Jahreszeit in engen und dumpfen Behausungen eingeschlossen gehalten werden.

Die Wirkung dieser häuslichen Einschließung tritt nach wenigen Monaten zu Tage, so daß in unseren Breitengraden in den ersten Monaten eines jeden Kalenderjahres (also einige Monate nach Beginn des Winters) meist die frische Rhachitis zuerst bemerkt wird und sich die alte Rhachitis verschlimmert — ein Verhältnis, das bis in die Mitte des Jahres anhält (Kassowitz[2], Cohn[3]). Obgleich man auf die Mortalitätsstatistik der Rachitis nicht zu viel geben darf, prägt sich doch auch in ihr diese Thatsache aus: von 265 Todesfällen, die in den Jahren 1882—1885 in Budapest durch Rhachitis erfolgten, fielen z. B. 184 auf die Monate Dezember bis Mai (Körösi[6]).

Vorbeugend ist daher auf die Vermeidung von Krankheiten (besonders der Verdauungsorgane) im zartesten Kindesalter und auf eine zweckmäßige Pflege hinzuwirken, bei der der reichliche Genuß der freien frischen Luft an erster Stelle steht (siehe hierüber auch später).

Für die öffentliche Behandlung der Rhachitis können bei der großen Verbreitung der Krankheit meist nur die schweren Fälle ausgewählt werden. Die Behandlung erfolgt in Instituten, welche zu diesem besonderen Zwecke in Städten, wo das Bedürfnis besonders in die Augen fiel, eingerichtet sind oder an klimatischen Kurorten in Anstalten, die gleichzeitig der Pflege anderer Kranken gewidmet sind.

Institute der ersteren Art finden sich in größerer Zahl in Italien (Pii Istituti dei Rachitici [Bert[7], Uffelmann[8]] in Turin, Mailand, Genua, Mantua, Cremona, Bergamo, Verona, Florenz, Palermo, Bologna?, Padua?). Sie haben meist a) ein „Asyl" oder eine Elementarschule; b) ein Ambulatorium; c) eine Krankenabteilung. Die erste Abteilung nimmt Kinder verschiedenen Alters, meist jedoch zwischen 3—6 Jahr während des Tages auf; Kinder, welche aus Gesundheitsrücksichten oder wegen zurückgebliebener Entwickelung die öffentlichen Schulen nicht besuchen können, werden hier unterrichtet; gleichzeitig wird aber durch stärkende Nahrung, durch Darreichung von Leberthran und Eisenpräparaten ihr Ernährungszustand gehoben; es werden ihnen Soolbäder oder,

wenn möglich (z. B. in Genua) Seebäder verabreicht; es wird reichlicher Genuß freier Luft gewährt. Man legt den Kindern zweckentsprechende Bandagen an, läßt sie auf Stühlen, welche ihren besonderen Verhältnissen entsprechen, sitzen und sucht durch gymnastische Uebungen die rhachitischen Verkrümmungen auszugleichen. In der zweiten Abteilung wird für rhachitische Kinder ambulatorisch Rat erteilt; in der Krankenabteilung erfolgt die chirurgische Behandlung der rhachitischen Verkrümmungen (durch Redressement forcé, Ostéoclase, Osteotomie etc.), wie sie an anderen Orten in den allgemeinen chirurgischen Kliniken vorgenommen wird *).

Die klimatische Behandlung der Rhachitis findet eine besondere Schwierigkeit in dem meist zarten Alter der an florider Rhachitis leidenden Kinder, sodaß man gewöhnlich die Rhachitis des 1. Lebensjahres von einer anstaltsweisen Verpflegung in Kurorten ausschließen muß. Bei Kindern zwischen 1 und 3 Jahren lassen sich, wenn nicht, wie es häufig der Fall ist, schwere andere Krankheiten die Rhachitis veranlassen, unter Umständen außerordentliche Heilresultate erzielen, und zwar sind uns solche besonders geläufig von dem verlängerten Aufenthalt an der See, ohne daß wir darum die gute Wirkung eines mittleren Höhenklimas zu bezweifeln hätten.

Von Seehospizen nehmen z. B. einzelne französische wie auch das von Refsnäs in Dänemark rhachitische kleine Kinder auf; von Höhenkurorten ist uns nur die Zürcheri'sche Heilstätte bei Aegeri für skrofulöse und rhachitische Kinder bekannt.

1) **Kassowitz**, *Oesterr. med. Jahrb.* (1884).
2) **Kassowitz**, *Pathogenese d. Rhachitis*, *Wien* 1885.
3) **Michael Cohn**, *Zur Pathologie d. Rhachitis*, *Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 37. *Bd.* (1894).
4) *Zweiter Jahresber. d. pädiatr. Universitätspoliklinik im Reisingerianum*, *München* 1892.
5) **Hirsch**, *Histor. geograph. Pathologie* 2. *Aufl.* 3. *Bd.* (1886).
6) **Körösi**, *Die Sterblichkeit in Pest i. d. Jahren* 1882—1885, *Berlin* 1888.
7) **Bert**, *Verhandl. d. internat. Kongr. f. Ferienkolonien in Zürich etc.*, *Hamburg-Leipzig* 1889.
8) **Uffelmann**, *Deutsche Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* (1883) *S.* 385.
9) **Uffelmann**, *Handb. d. Hyg. d. Kindes*, *Leipzig* 1881.

c) Skrofulose und Tuberkulose.

Begriffsbestimmung. Häufigkeit. Entstehungsweise.

Der Begriff der Skrofulose blieb bis in die letzte Zeit schwankend, indem man sie gegen nicht spezifische örtliche Erkrankungen sowie gegen Tuberkulose vergeblich abzugrenzen suchte. Es ist für die Vorbeugung und Behandlung der Skrofulose daher von der größten Wichtigkeit, daß wir jetzt die echte Skrofulose als eine chronische Infektionskrankheit, welche durch den Tuberkelbacillus verursacht wird, ansprechen dürfen. Hierdurch erledigt sich ihre Beziehung zu den anderen Formen der Tuberkulose dahin, daß sie nicht, wie noch jetzt manche annehmen, für deren Ausbruch eine Disposition abgiebt, sondern, ätiologisch mit ihnen übereinstimmend, sich vielmehr unter den verschiedensten Umständen auch klinisch in sie umwandeln kann. Es wird also nicht aus einer an und für sich

---

*) Der Plan des Mailänder Instituts, welches vorzüglich eingerichtet und geleitet ist, findet sich bei Uffelmann[9] (p. 574).

harmlosen eine andere, unter Umständen schnell tödliche Krankheit, sondern es kann die Infektion mit dem Tuberkelbacillus bald langwierig, bald hitzig verlaufen, bald von dem ersteren Tempo in das letztere übergehen, bald aber auch von dem letzteren sich wieder zu einem langsamen Tempo ermäßigen und überhaupt zuweilen zu einem völligen Stillstand kommen. Während man früher bei der Tuberkulose vorwiegend an die hoffnungslosen Fälle vorgeschrittener Lungenschwindsucht dachte, erkennt man jetzt schon die frühen Formen und bekämpft sie nicht ohne Erfolg; noch viel mehr ist es aber möglich, die unter dem Bilde der Skrofulose langsamer verlaufende Infektion des kindlichen Lymph- und Knochensystems mit Tuberkelbacillen rechtzeitig zu erkennen und ihrer das Leben oder wenigstens die Gesundheit bedrohenden Ausbreitung vorzubeugen.

Ebensowenig wie bei der Rhachitis läßt sich bei der Skrofulose die Häufigkeit ihres Vorkommens und ihres tödlichen Ausganges zahlenmäßig bestimmen.

Die Größe der Aufgabe, welche hier zu lösen ist, wäre durch einige Zahlen wenigstens anzudeuten. Freilich ist, abgesehen davon daß für die Verbreitung der Krankheit in der ganzen Bevölkerung eine sichere Angabe überhaupt fehlt, selbst ihre Häufigkeit bei den Kranken der Ambulatorien nicht genau festzustellen, weil sich die leichteren oder verborgenen Formen der Skrofulo-Tuberkulose lange Zeit der ärztlichen Würdigung entziehen können. Da die Lokalisation der Tuberkulose in den Halsdrüsen verhältnismäßig leicht und sicher zu bemerken ist, mag erwähnt werden, daß schon sie allein sich unter 4883 Kindern des 1. bis 14. Lebensjahres in meiner Poliklinik in 6,4 Proz. vorfand [1]. Eine bessere Andeutung über die Häufigder Tuberkulose, die freilich in einem gewissen Grade übertreibt, erhält man aus der Untersuchung des Leichenmaterials; es sei erwähnt, daß z. B. nach Müller [2] und Hecker [3] in dem Leichenmaterial des Münchener pathologischen Institutes die Häufigkeit der Tuberkulose im Kindesalter zwischen 21 und 48,8 Proz. schwankt. Christ. Geill [4] fand unter 902 Sektionen von Kindern, welche an epidemischen Krankheiten in Kopenhagen in den Jahren 1884—1889 gestorben waren und von denen 31,3 Proz. tuberkulös waren, im Alter von 0—3 Jahren 20,7 Proz., von 3–6 J. 41,6 Proz., von 6—9 J. 46,9 Proz., von 9–12 J. 40,0 Proz., (von 12–15 J. 0 Proz., nur 5 Sektionen!) Tuberkulose in einem oder mehreren Organen.

In ähnlicher Weise sehen wir in den zwar weniger zuverlässigen, aber mit größeren Zahlen arbeitenden offiziellen Statistiken, daß mit zunehmendem Kindesalter unter den Todesfällen die Tuberkulose an Wichtigkeit gewinnt [5] (p. 183). Von der Bedeutung der Tuberkulose für die einzelnen Kinderjahre würde man sich aber hiernach eine irrtümliche Vorstellung bilden. Denn, wenn auch von den Verstorbenen mit zunehmendem Alter immer mehr Tuberkulose hatten, so ist doch das Verhältnis der Todesfälle an Tuberkulose gegenüber den in der gleichen Altersklasse Lebenden geradezu ein umgekehrtes. Auf die Zahl der in jeder Altersklasse Lebenden berechnet, zeigt sich vielmehr im 1. Lebensjahre oder richtiger in der zweiten Hälfte desselben die Sterblichkeit an Tuberkulose am größten, dann bis zum Alter von ungefähr 10 Jahren dauernd in der Abnahme und erst zwischen 10 und 15 Jahren wieder in geringer Zunahme, womit sich der schnelle Anstieg in den folgenden Lebensjahren vorbereitet. (Denmark [4], Statistik [5].) Verhältnismäßig exakt ließ sich diese Thatsache von Heller [6] nachweisen, indem er in Kiel die Häufigkeit der Tuberkulose bei den Leichenöffnungen mit den in der gleichen Altersklasse Lebenden in Verbindung brachte. In demselben Sinne, wenn auch nicht ganz so scharf, kommt das Sterblichkeitsverhältnis für die einzelnen Altersklassen in den großen Statistiken zum Ausdruck, wobei freilich nicht zu verschweigen ist, daß die Todes-

ursache „Tuberkulose“ oder „Schwindsucht“ im ersten Lebensjahr an Sicherheit meist viel zu wünschen läßt.

Die Geschlechter beteiligen sich an den Tuberkulose-Sterbefällen (Würzburg[7]) in der Weise, daß in den ersten Jahren, einem allgemeinen Gesetz folgend, mehr Knaben als Mädchen der Seuche zum Opfer fallen, während sich das Verhältnis später umkehrt; in der im übrigen gesundesten Zeit des Kindesalters (von 10—15 Jahren) nimmt nicht nur die Tuberkulose überhaupt etwas zu, sondern spielt unter den im ganzen spärlichen Todesfällen bei den Mädchen eine so große Rolle, daß z. B. im Jahre 1892 in Preußen $^1/_4$ ihr zur Last fallen, während von den männlichen Toten nur ca. $^1/_6$ an Tuberkulose verstorben war.

Stellt man Erkrankung und Sterblichkeit der Tuberkulose für die einzelnen Perioden der Kindheit gegenüber, so ergiebt sich, daß schon das zarte Kindesalter in sehr großer Häufigkeit tuberkulös erkrankt und an der Erkrankung zu Grunde geht. Weiterhin führt die Tuberkulose weniger häufig zum Tode, nistet sich hingegen sehr häufig unter dem Bilde der Skrofulose als chronische Infektion ein, um allmählich zu heilen oder erst im späteren Lebensalter akut zu werden.

Hiernach zeichnen sich die bedeutungsvollen Aufgaben, welche die Hygiene gegenüber der verbreitetsten Volkskrankheit hat, deutlich vor. Man muß dem Eindringen der Tuberkelbacillen in den menschlichen Körper vorzubeugen suchen, wo aber die Ansteckung zustande gekommen ist, den Kampf des Organismus gegen den Tuberkelbacillus unterstützen.

Vorbeugung.

α) Vermeidung der Infektion.

Solange man die Skrofulo-Tuberkulose als eine meist vererbte und konstitutionelle Krankheit auffaßte, durfte man kaum hoffen, ihr erfolgreich vorzubeugen. Ohne eine erbliche Beanlagung für die Krankheit ausschließen zu wollen, wissen wir jedoch jetzt, daß die Erkrankung selbst nur durch Infektion mit dem Tuberkelbacillus entsteht, und daß die letztere, von den seltenen und schnell tödlichen Fällen angeborener Tuberkulose abgesehen, von der Außenwelt her stattfindet. Aber erst die Feststellung der Verbreitungsweise der Tuberkelbacillen und ihres örtlichen Vorkommens ermöglicht ein zielbewußtes Vorgehen bei den Maßnahmen zur Vorbeugung der Tuberkulose.

Die Uebertragung der Tuberkelbacillen von infizierten Tieren aus, welche wesentlich durch tuberkelbacillenhaltige Milch erfolgt, scheint im allgemeinen selten zu sein und höchstens dort, wo es gebräuchlich ist, die Milch in rohem Zustande den Kindern zu reichen (wie z. B. in England), etwas häufiger zur Beobachtung zu kommen. Durch ausschließlichen Genuß abgekochter Milch läßt sich dieser Infektionsweg leicht absperren (s. später).

Gewöhnlich stammen die infizierenden Tuberkelbacillen aus den Absonderungen tuberkulöser Kranker; da die Bacillen sich in der Außenwelt nicht vermehren können, sondern allmählich zu Grunde gehen, so ist ihr Vorkommen trotz der ungeheuren Mengen, in denen sie in den Entleerungen, vor allem in dem Auswurf enthalten sind, und trotz der sehr grossen Zahl von Kranken, welche Tuberkelbacillen

absondern, doch bis zu einem gewissen Grade örtlich begrenzt. Wenn ihr reichlicheres Vorkommen wesentlich auf die unmittelbare Umgebung der Kranken beschränkt ist, so ist hierbei sofort festzustellen, daß die Bacillen sich einerseits nicht immer in einer infektionsdrohenden Form um den Kranken anzusammeln brauchen und daß andererseits der in seiner Bewegung nicht gehemmte Kranke den Infektionsstoff in ausgedehnter Weise auch gelegentlich verschleppen und (z. B. in von ihm nur vorübergehend bewohnten Räumen) zurücklassen kann.

Daß die Ansteckung in erster Linie der nächsten Umgebung des Kranken, der die Tuberkelbacillen entleert, droht, sehen wir aus der außerordentlichen Häufigkeit der Vererbung, bei welchem Wort wir freilich nicht eine Uebertragung durch Zeugung, sondern eine mehr oder weniger unmittelbare Uebertragung innerhalb des Familienkreises im Auge haben.

Die Zahlen für die Heredität schwanken naturgemäß sehr; z. B. fand Rabl[8] bei der Skrofulose in 52,5 Proz., Demme[9] (p. 227) bei den verschiedenen Formen der Tuberkulose in 65,4—71,8 Proz. der Fälle eine erbliche Belastung.

Daß selbst diese Sätze sorgfältiger Untersucher weit hinter der Wirklichkeit zurückbleiben, ist außer Zweifel, indem sich derartige Nachforschungen fast nie mit der ausreichenden Genauigkeit anstellen lassen. Daß aber in der That die örtlichen Verhältnisse hier fast nur in Frage kommen, läßt sich dadurch beweisen, daß bei sofortiger Trennung des neugeborenen Kindes von seinen tuberkulösen Eltern und Ausschluß einer anderen Infektionsquelle keine Tuberkulose eintritt.

Schon vor der Entdeckung des Tuberkelbacillus führte Epstein[10] (p. 102) diesen Beweis in klassischer Weise: wenn von der Prager Gebäranstalt Mutter und Kind wenige Tage nach der Entbindung der Findelanstalt überwiesen werden, so werden die tuberkulösen Mütter regelmäßig sofort entlassen, während ihre Kinder von gesunden Ammen großgezogen werden. Infolgedessen kam innerhalb von vier Jahren unter nahezu 200 Sektionen der auf der Kinderklinik verstorbenen Findelkinder kein Fall von Tuberkulose zur Beobachtung — mit Ausnahme von 9 Fällen, mit denen es eine besondere Bewandtnis hatte. 2 Kinder waren aus der Außenpflege zurückgebracht und wenigstens eins von ihnen bei einer nachweislich tuberkulösen Pflegemutter gewesen; die sieben anderen Kinder waren von außen eingeliefert, weil ihre Mütter wegen Phthisis in ein Krankenhaus gehen mußten und deshalb die Pflege nicht fortführen konnten.

Einen ähnlichen, mangels einer Leichenuntersuchung jedoch weniger abgeschlossenen Beweis giebt Hutinel[11] (p. 850). Die Pariser Assistance publique giebt jährlich etwa 18000 Kinder in ländliche Pflege, deren Eltern sämtlich der ärmsten Bevölkerungsklasse angehören und zweifellos zu einem großen Teil tuberkulös sind. Bei zwei möglichst genauen Enqueten erwiesen sich trotzdem von den Findelkindern nur einige 20 tuberkulös.

Sind die örtlichen Verhältnisse der Infektion günstig, so sehen wir auf der anderen Seite dieselbe gerade bei den Kindern mit einer außerordentlichen Sicherheit und Schnelligkeit eintreten. Während das Auffinden der infizierenden Person in einem gegebenen Falle von Tuberkulose nicht immer gelingt, ist es bei bekannter Infektionsquelle oft genug möglich, festzustellen, wie alle in ihrem Bereiche befindlichen Kinder ergriffen sind — vorausgesetzt, daß genügend genau untersucht und jede Erscheinungsweise der Tuberkulose berücksichtigt wird. Nur das 1. Lebenshalbjahr, obgleich ebenso empfänglich wie das spätere Lebensalter, bleibt zunächst wohl aus

rein äußerlichen Gründen häufiger verschont, während die außerordentliche Häufigkeit tuberkulöser Infektion im 2. Lebenshalbjahr, berechnet auf die in gleichem Alter Lebenden, zeigt, daß, wenn erst die Gelegenheit günstig ist, die Infektion schnell eintritt.

Wie auch der Neugeborene der Infektion bei geeigneten Verhältnissen unterliegt und wie diese Infektion gelegentlich vor sich gehen kann, ohne späterhin noch nachweisbar zu sein, zeigt eine genaue Beobachtung Wassermann's[12]. Ein von nicht tuberkulösen Eltern stammendes Kind, 9 Tage nach der Geburt aus der Entbindungsanstalt entlassen, befindet sich die folgenden 8 Tage ununterbrochen in dem Zimmer eines Schwindsüchtigen mit tuberkelbacillenhaltigem Sputum; hiernach fängt es an zu husten und abzumagern und stirbt, ohne späterhin wieder mit Kranken in Berührung gekommen zu sein, im Alter von 10 Wochen an Inhalationstuberkulose.

Gewöhnlich hält die Infektion auf dem Wege der Atmung ihren Einzug in den kindlichen Körper und dringt durch die kindliche Lunge sofort bis in das Lymphsystem vor, um von hier aus schneller oder langsamer weiter vorzuschreiten. Wenn wir von der unmittelbaren Infektion durch Berührung mit dem Auswurf des Kranken absehen, so vermitteln der Staub und Schmutz an den Wänden, den Möbeln und den Gebrauchsgegenständen, soweit er eingetrocknete bacillenhaltige Entleerungen enthält, die Infektion, indem er, aufgewirbelt, in die Atmungsluft gelangt.

Die Möglichkeit der Vorbeugung ist hiernach einleuchtend: die Tuberkelbacillen müssen von dem Kranken so entleert werden, daß sie sofort entfernt werden und im besonderen nicht eintrocknen. Hierzu ist zuvörderst die Feststellung der Erkrankung selbst, die viel häufiger, als man glaubt, Jahre hindurch aussteht, nötig und außerdem die Kenntnis von der Infektiosität der Ausleerungen sowie von den Maßnahmen, welche hierdurch erfordert werden. Wenn die Tuberkelbacillen in die Umgebung gelangt sind, was sich schon einigermaßen sicher vermeiden ließe, so lassen sie sich durch große Reinlichkeit wieder entfernen. Aber gerade bei sorglosen, wenig intelligenten Kranken und in engen, überfüllten und schlecht ventilierten Räumen ist in dieser Richtung nur schwer ein Erfolg zu erzielen. Besserung der Wohnungsverhältnisse, Aufklärung der Bevölkerung, Erziehung zur Ordnung und Sauberkeit sind darum für die Prophylaxe der Tuberkulose von größter, allerdings für sich allein noch nicht entscheidender Bedeutung.

Die Wohnungshygiene hat vor allem in den Großstädten einzusetzen, in welchen die Tuberkulose auch unter den Kindern weit mehr Opfer als in den Landgemeinden fordert (Würzburg[7]).

Gegenüber der thatsächlichen Verbreitung des Tuberkelbacillus erscheint die Hoffnung auf einen Erfolg der Prophylaxe zwar kühn, aber trotzdem nicht unberechtigt. Bis zu dem Zeitpunkt, wo sie in Erfüllung geht, verlangen die Opfer der Infektion um so dringender den öffentlichen Beistand, als nur dieser häufig imstande ist, ihrem chronischen Siechtum vorzubeugen.

Wir werden hierbei a) zwischen denjenigen Einrichtungen, welche den Gesundheitzustand der tuberkulös Infizierten durch allgemeine hygienische Maßregeln zu heben bestrebt sind, und b) zwischen denen, welche schon eine besondere Art der Krankenbehandlung darstellen, unterscheiden.

Bevor wir an die Besprechung dieser Einrichtungen gehen, wäre noch einmal der Zeitpunkt der Infektion zu präzisieren, da wir ihn früher als viele Kliniker ansetzen. Man nimmt im allgemeinen an, daß ungünstige Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse auf der einen, gewisse mit Katarrhen verbundene Krankheiten, wie Masern, Keuchhusten, auf der anderen Seite Skrofulose und Tuberkulose zur Folge haben können. Im Gegensatz hierzu glauben wir, daß die erwähnten Krankheiten nur in verschwindend seltenen Fällen den Anlaß zur tuberkulösen Infektion geben dürften, sondern in der Regel nur die schon seit Jahren heimlich glimmende Infektion neu anfachen und unter Umständen hoch auflodern lassen. Ebenso steht es mit ungünstigen Außenverhältnissen, welche ohne die Anwesenheit der Tuberkelbacillen keine Skrofulo-Tuberkulose verursachen, hingegen aber sicher den Ausbruch der vorhandenen, aber noch latenten Krankheit begünstigen können. Dürftigkeit in der Lebensführung, vor allem mangelhafte Ernährung, Unsauberkeit und ungünstige Wohnungsverhältnisse sind es, welche die kindliche Tuberkulose ungünstig beeinflussen; besonders deutlich ist der Einfluß der Wintermonate, der vermutlich z. T. auf die Beschränkung der Bewegung in freier Luft zurückzuführen ist und nicht nur, wie es leicht begreiflich ist, den Ausbruch und die Verschlimmerung tuberkulöser Lungenprozesse mit sich bringt, sondern überhaupt die tuberkulösen, vielfach bisher verborgenen Prozesse im Frühling zu einem ungünstigen Ausgang treibt.

Wir zeigen dies an der tuberkulösen Hirnhautentzündung, weil diese gerade bei Kindern häufig den tödlichen Endprozeß bildet; es starben hieran z. B. in Pest in den Jahren 1882—1885 während der drei Wintermonate (beginnend mit Dezember) 298, während des Frühlings 413, während des Sommers 308, während des Herbstes, in welchem noch der Sommer günstig nachwirkt, nur 216 Personen (Körösi[18]).

Aber die eben erwähnten Faktoren geben nur unter den weiter oben gekennzeichneten Umständen Veranlassung zur Infektion, während sie allerdings den Fortschritt der schon eingetretenen Erkrankung sicher begünstigen. Es ist für uns wichtig, diese Anschauung klar zu stellen, weil wir infolgedessen die Prophylaxe der Skrofulose, soweit sie sich nicht auf Vermeidung der Infektionsgefahr (s. oben), sondern auf Kräftigung des bedrohten Organismus bezieht, viel früher ansetzen müssen, als es sonst geschieht, und wir andererseits da, wo wir im Gegensatz zu der üblichen Anschauung nicht mehr eine Vorbeugung, sondern schon eine Bekämpfung der Skrofulose erblicken, in der Lage sind, unsere Anforderungen an die betreffenden Maßnahmen und an die von ihnen zu erhoffenden Erfolge in genauerer Weise ärztlich zu bestimmen und zu begrenzen.

β) Kräftigung durch Aufenthalt in freier Luft. Kräftige Ernährung. Halbkolonien.

Die Maßnahmen, welche durch Kräftigung des kindlichen Körpers einer Skrofulo-Tuberkulose (ebenso wie auch der Rhachitis der jüngeren Kinder) vorbeugen sollen, sind zugleich geeignet, die kindliche Gesundheit überhaupt zu festigen und die körperliche Entwickelung normal vor sich gehen zu lassen.

Vor allem in den Großstädten ist das Bedürfnis vorhanden, für die Bewegung der Kinder im Freien Fürsorge zu treffen. Am besten würde dem entsprochen, wenn der ärmeren Bevölkerung

durch schnelle und billige Verkehrsmittel, durch zweckmäßige Bauordnungen, durch Beschränkung der Grundstücksspekulation ermöglicht würde, in der Peripherie der Städte sich in Eigenhäusern oder wenigstens unter Vermeidung von Mietskasernen anzusiedeln.

Für die Städte selbst hatten wir schon bei der Vorbeugung der Magendarmerkrankungen Veranlassung, auf die Bedeutung hinzuweisen, welche eine luftige und nicht zu enge Bebauung für das Wohnungsklima hat. Bei einer solchen wird sich gleichzeitig reichlicher Platz zur Anlage von privaten und öffentlichen Gartenanlagen gewinnen lassen, welche ganz besonders den Kindern zugute kommen. Die Bedürfnisse wechseln in dieser Richtung etwas nach dem Alter der Kinder: für kleinere Kinder müssen die Anlagen leicht erreichbar und deswegen in großer Anzahl — unter besonderer Berücksichtigung der bevölkertsten Stadtteile — angelegt sein. Während sie vor besonders starken Windströmungen geschützt sein müssen, dürfen sie auf der anderen Seite nicht schwül und feucht liegen; neben sonnigen Plätzen müssen sich schattenspendende Baumpflanzungen finden. Die Anlagen müssen groß genug sein, um der Wärmeausstrahlung der Häuser und des Pflasters, dem Staub der Straße und dem lärmenden Verkehr einigermaßen entrückt zu sein. Wo sich die Kinder in größerer Zahl zusammenfinden, wäre durch Aufsichtspersonen dahin zu wirken, daß die Kinder nicht durch Erwachsene belästigt werden, und daß Kinder mit ansteckenden Krankheiten, von denen besonders der Keuchhusten in Betracht kommt, fern bleiben. Es ist Platz für Bewegungs- und andere Spiele vorzusehen; für kleinere Kinder empfiehlt sich an sonniger Stelle ein Haufen reinen Sandes. Auf reichliche Bänke, Schutzhütten, einen Schuppen zum Aufbewahren von Geräten, gutes Trinkwasser, für Erwachsene und Kinder geeignete Abortanlagen ist Bedacht zu nehmen. Auch ist es willkommen, wenn auf den Spielplätzen gute abgekochte Milch und Backwaren käuflich sind.

Der Wichtigkeit öffentlicher Erholungsplätze wird von den Stadtverwaltungen mehr und mehr Rechnung getragen. In London hat sich auch die private Initiative dieser Sache angenommen und die Metropolitan Public Garden Association zu dem Zwecke gegründet, um in den ärmeren übervölkerten Vierteln Ruhe- und Erholungsstätten für Erwachsene und Spielplätze für die Jugend zu schaffen. Sie strebt u. a. folgende Ziele an: 1) Alle freien Plätze, groß oder klein, im Weichbilde der Stadt für Zwecke der Gesundheit und Erholung zu sichern; 2) das Recht zu erlangen, alle nicht mehr benutzten Friedhöfe als freie Plätze oder eingeschlossene Squares anzupflanzen und diese entweder als Garten oder als Spielplatz zu benutzen; 3) die Uebertragung der fertiggestellten Anlagen an eine lokale Behörde zur dauernden Erhaltung. Von 1882—1890 hat die Gesellschaft selbständig oder mitwirkend 65 Gärten und Spielplätze angelegt, an 31 anderen Orten Bänke aufgestellt, auf 37 Straßen Bäume gepflanzt u. s. w.[14].

Von Spielplätzen sind besonders erwähnenswert der Jordangarten in Krakau und der Heidepark des Vereins „Volkswohl" in Dresden (Volkswohl 1894, p. 178 und 235).

Die reifere Jugend wird den Aufenthalt im Freien, wenn es nicht möglich ist, durch Wald und Feld zu streifen, am besten zum Spiel benutzen, durch das sich Charakter, Geist und Körper gleichmäßig zu harmonischer Entwickelung bringen läßt. Die Spielplätze können hier schon weiter entfernt sein und in kleineren Städten sogar vor den Thoren liegen. Während wir in England die körperliche Trainierung schon lange vorzüglich durchgeführt finden, sind in Deutsch-

land die Bestrebungen zur Ausbreitung der Jugend- und Volksspiele noch jüngeren Datums (v. Schenckendorf und Schmidt[15]). Man muß die Bedeutung der Jugendspiele um so höher anschlagen, als sie sich in ziemlich gleichmäßiger Weise — mindestens in der wärmeren Jahreszeit — durchführen lassen und gegen die schädlichen Wirkungen, welche Schule und häusliches Leben unter Umständen auf die Entwickelung des Körpers und die Frische des Geistes ausüben, ein Gegengewicht ausüben.

Natürlich sind die Jugendspiele besonders geeignet, die Schulferien, in denen die ärmeren Schulkinder unter Umständen zur Arbeit angehalten werden oder sich selbst überlassen unbeschäftigt herumlungern, der Erholung der Kinder nutzbar zu machen. Neben den Jugendspielen im engeren Sinne sind Baden und Schwimmen, sowie der Eislauf zur Kräftigung und Pflege des Körpers sehr geeignet. Durch Einrichtung öffentlicher Badeanstalten und Eisbahnen wird dieser Teil der Gesundheitspflege begünstigt.

Wir finden in Deutschland bisher derartige Einrichtungen für die Jugend am häufigsten in denjenigen Städten, welche nach Wohlhabenheit und Kultur am höchsten stehen, ohne daß sie freilich irgendwo schon diejenige Ausdehnung gefunden hätten, welche wünschenswert und auch ohne große Kosten erreichbar wäre. Von 1923 deutschen Städten haben 28,2 Proz. die Einrichtung der Jugendspiele, 23,9 Proz. bieten Gelegenheit zum Schlittschuhlaufen und 16,6 Proz. haben Einrichtungen zum Baden und Schwimmen[15] (Jahrg. 1894). In England ist von Staats wegen jedem Grafschaftsrat die Fürsorge für öffentliche Spielplätze zur Pflicht gemacht und es sind reichliche Geldmittel hierfür zur Verfügung gestellt; man berechnet für je 5000 Einwohner einer Stadt 1—1,5 ha Spielfläche (Soziale Praxis No. 31, p. 468).

Soviel zunächst über Aufenthalt und Bewegung im Freien, soweit es sich hierbei um nicht geradezu kranke Kinder handelt!

Viel schwieriger ist es, die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitspflege zu umgrenzen, wenn es sich um eine reichliche Ernährung der Kinder, wie sie gerade in diesem Lebensalter not thut, handelt. So unbestreitbar eine derartige Notwendigkeit ist und so oft auch ihr nicht genügt ist, so sind doch die öffentlichen Einrichtungen kaum imstande, einem so ursprünglichen Bedürfnis genügend nachzuspüren und abzuhelfen. Die Pflicht, das Kind ausreichend zu ernähren, kommt ganz selbstverständlich den Eltern des Kindes zu und, wo diese wirklich hierzu nicht imstande sind, sind die gesamten Lebensverhältnisse der Familie derart, daß sich die Armenpflege der Familie noch über die Ernährungsfrage hinaus annehmen sollte. Es werden daher gerade die Bestrebungen der öffentlichen Wohlthätigkeit, welche die Ernährung der Kinder ins Auge fassen, nur als Stückwerk erscheinen. So beschränkt ihr Wirkungskreis ist, so wenig sie jemals dem Bedürfnis genügen werden, so läßt sich ihnen aber trotzdem ein gewisser Nutzen nicht absprechen.

Es haben Vereine für Gesundheitspflege, Frauenvereine oder besondere Suppen- oder Milchvereine Sorge getroffen, hungernden, kränklichen oder rekonvalescenten Kindern unmittelbar die Wohlthat einer reichlicheren Ernährung zuzuwenden. Eine besondere Form hat diese

Richtung der Wohlthätigkeit in der Speisung von hungernden Schulkindern angenommen (Schulsuppen, soupes scolaires, schools dinner). Es liegt hierin zwar eine gewisse Einseitigkeit, insofern die Schulkinder gegenüber ihrer übrigen Familie bevorzugt werden; man könnte auch fürchten, manche Eltern der Pflichten gegen ihre Kinder zu entwöhnen; aber es läßt sich wenigstens das letztere Bedenken durch gute Organisation ziemlich sicher beseitigen und die Zweckmäßigkeit einer Speisung gerade der Schulkinder ist unter Umständen so klar, daß sich diese Einrichtung mit Recht in kurzer Zeit in den Kulturländern eingebürgert hat. Der obligatorische Volksschulunterricht erzwingt ohne Rücksicht auf die sonstigen Lebensverhältnisse den Schulbesuch. Manches Kind wird daher hungernd zur Schule kommen und nicht den gewünschten Erfolg vom Unterricht haben, andere Kinder werden wegen der großen Entfernungen nicht zwischen dem Vor- und Nachmittagsunterricht nach ihrer Wohnung zurückkehren können. Noch andere Kinder — besonders in den Großstädten — erwartet nach der Schule kein warmes Mittagessen, weil die Mutter tagsüber auf Arbeit ist. Es sind dies also Notstände, welche zum Teil unmittelbar mit dem Schulbesuch zusammenhängen und denen sich jedenfalls am bequemsten von der Schule aus abhelfen läßt. Der Lehrer ist mit den Verhältnissen der Kinder im allgemeinen vertraut und kann darum leicht auf die für die Speisung geeigneten Kinder hinweisen: dies werden vor allem Kinder Armer sein, außerdem aber noch zahlreiche in dürftigen Verhältnissen Lebende, denen es oft gut thun wird, in der Schule für billigen Preis noch über das von den Eltern Gebotene hinaus Kräftigung zu erhalten. Man kann hiernach die Schulspeisung so vornehmen, daß die besser gestellten Schüler gegen einen die Selbstkosten jedenfalls nicht übersteigenden Preis, die Bedürftigen zu einem mäßigen Preis und die Armen unentgeltlich gespeist werden; in der Regel wird man sich aber auf die beiden letzten Klassen von Kindern beschränken. Man wird hierbei vermeiden, Kinder, die dessen nicht bedürftig sind, zur Speisung zuzulassen oder geradezu heranzuziehen, und wird die wirklich Bedürftigen in schonender Weise, jedoch erst nach ausreichenden Recherchen, etwa auch unter Fühlung mit der Armenbehörde (siehe Hamburger Verhältnisse, Volkswohl 1894) beteiligen.

Der Speisezettel fällt sehr verschieden aus: bald handelt es sich nur um ein Frühstück, welches um 10 Uhr in Form einer trockenen oder mit Butter oder Schmalz bestrichenen Semmel oder eines Glases Milch verabreicht wird, bald hingegen um ein Mittagbrot, welches aus einer Suppe oder selbst aus einer Mahlzeit mit 3—4 Gängen besteht; die Kosten, welche den Kindern für das Gebotene berechnet werden, schwanken nach dem Gebotenen und nach den leitenden Grundsätzen zwischen 0,50 bis 0,30 M. Wenn sich, wie es meist der Fall ist, die Speisung auf die Wintermonate beschränkt, ist jedenfalls auf die Darreichung eines warmen nahrhaften Getränkes (Milch, Suppe) Wert zu legen. Für ein Frühstück sind besondere Räume entbehrlich, während für eine größere Mahlzeit erwärmte Zimmer mit Tischen und Bänken — am besten im Schulhaus selbst — zu benutzen sind und sich auch schon vereinzelt zu diesem Zweck hergerichtet finden. Wo sie fehlen, hat man in der Schule Notbehelfe gefunden oder speist man die Kinder außerhalb der Schulen in Kindervolksküchen (Berlin) oder in besonderen Sälen, in die aus Vereins-, Volks- oder Garküchen das Essen gebracht wird. Die Speisung der Schulkinder ist überall Sache der Privatwohlthätigkeit; die betreffenden Vereine erfreuen sich aber vielfach behördlicher Unterstützung, die

z. B. in Paris die jährliche Summe von 500 000 frcs. erreicht (P. César[17] und Kongr. f. Hyg. [18]).

In Brüssel hat der Verein „Progrès" u. a. die Schulspeisung zu seiner Aufgabe gemacht, wobei er durch 5000 frcs. seitens der Stadt unterstützt wird. Er verteilte im letzten Jahre 289 865 Suppenportionen mit je 125 g Brod mit einem Kostenaufwand von 19 818 frcs. Welche Wohlthat er hiermit erweist, geht daraus hervor, daß im Jahre 1890 in den Brüsseler Kommunalschulen 2000 Kinder zu Hause kein Abendbrod bekamen und viele (z. B. in einer Schule von 860 Schülern 239) nicht einmal ein Frühstück. Die Wintersuppe wird durch eine Kooperativgesellschaft für nicht mehr als 6 cts. geliefert und durch die Feuerwehr zwischen 11 und $11^1/_2$ Uhr in die verschiedenen Schulen gebracht, wo Beauftragte des „Progrès" die Verteilung leiten (Delvaille[19] p. 198).

Eine Einrichtung, welche gleichzeitig kräftigere Ernährung und reichlichere Bewegung im Freien erholungsbedürftigen Schulkindern während der Ferien gewährt, sind die Stadt- oder Halbkolonien (Milchstationen, Ferienmilchkuren). Während an dieser Stelle — bei der Vorbeugung von Krankheiten durch kräftigende Behandlung — ihr Wert anzuerkennen ist, haben sie sich als Heilfaktor, im besonderen bei der Behandlung der Skrofulose, weniger bewährt. Es werden hierbei die Kinder in größeren Gruppen (40—60) während der Ferien tagsüber ins Freie geführt, kräftig ernährt, wenn sich Gelegenheit bietet, auch gebadet und am Abend ihren Eltern wieder zugeführt. In den größeren Städten ist leider der Weg zum Sammelpunkt und von hier aus wieder zu der Kolonie oft zu groß und andererseits die Benutzung der Verkehrsmittel zu kostspielig; wenn außerdem das Haus den Absichten der Kolonie nicht genügend entgegenkommt, so stellt der Erfolg der Halbkolonien im Vergleich mit den Vollkolonien (s. unten) nicht immer zufrieden[20 21 22]. Immerhin bieten sie vielen Schulkindern — besonders wenn die Witterung günstig ist — eine Gelegenheit zur Erholung, die ihnen sonst versagt bliebe.

Die Halbkolonien werden von den Vereinen für Ferienkolonien ausgesendet. Die Zahl der in Deutschland auf diese Weise verpflegten Schulkinder betrug im Jahre 1892: 9091, 1893: 8112. Die Kosten sind je nach dem Gebotenen verschieden; z. B. in Augsburg 1892 0,48 M. pro Kopf und Tag, in Stuttgart 1892 0,42 M.

Hier wäre auch zu erwähnen, daß in Venedig während der Badesaison (15. Juni bis Ende September) täglich bedürftige Kinder nach dem Lido gefahren werden, um sich dort während 3 Stunden am Strande und im Wasser zu tummeln und auf diese Weise die Vorteile des Meeresstrandes, die sie in der Lagunenstadt selbst entbehren, zu genießen (Cazin[23], p. 388).

In New York entsendet St.-Johns-Guild während der heißesten Jahreszeit täglich von 8 Uhr morgens bis 6 Uhr abends zahlreiche kränkliche Kinder mit ihren Müttern auf die hohe See; das „Fleating Hospital" führte z. B. im Jahre 1893 auf 39 Ausflügen zwischen 12. Juli und 31. August 44 750 Kinder und Frauen, welche zudem auf dem Schiff die beste Pflege und Ernährung und nicht weniger als 10 000 Seebäder

erhielten. (Eine ähnliche Einrichtung hat für jüdische Kinder das Hebrew-Sanatorium.)

Behandlung. Klimatische Kuren.

Wir kämen jetzt zu einem Teil der öffentlichen Fürsorge für kranke Kinder, der sich erst in den letzten Jahrzehnten entwickelt hat und trotz des allgemeinen Interesses, das ihm entgegengebracht wird, noch eines weiten Ausbaues fähig und bedürftig ist. Es giebt für viele chronische Krankheitszustände kein wirksameres Heilmittel als eine Aenderung des Aufenthaltsortes, wenn sie nach gewissen Erfahrungsgrundsätzen erfolgt und mit einer Besserung der sonstigen Gesundheitspflege verknüpft ist. Die große Mehrzahl der in Frage kommenden Krankheitszustände rechnen der Skrofulo-Tuberkulose zu, selbst wenn sie nicht als solche bezeichnet sind, daneben kommen wesentlich Herz- und Nervenleiden, sowie Erschöpfungszustände, wie sie besonders nach schweren akuten Krankheiten zurückbleiben, in Betracht. Die chronischen Erkrankungen der Atmungsorgane sind meistens der ersterwähnten Klasse zuzurechnen. Die Rhachitis eignet sich — wegen des zarten Alters der an ihr erkrankten Kinder — verhältnismäßig selten zur klimatischen Behandlung (s. oben).

Ferienkolonien.

Von den hier zu erwähnenden Einrichtungen wirken am wenigsten durchgreifend die Ferienkolonien, insofern sich ihre Dauer höchstens auf die Zeit der großen Sommerferien erstreckt und nur zwischen 2 und 6 Wochen, meist zwischen 3—5 Wochen beträgt. Während dieser Zeit entrückt man die kränklichen Schulkinder dem Dunstkreis der Stadt, vor allem der Großstadt, entfernt sie aus ihren schlechten und engen Wohnungen, macht sie von den häuslichen und geschäftlichen Anstrengungen, die ihnen neben der Schule oder auch gerade in den Ferien aufgebürdet sind, frei und versetzt sie statt dessen in die freie Natur, wo sie sich sorgenlos tummeln und bei kräftiger Ernährung und unter liebevoller Aufsicht einen körperlichen und gemütlichen Aufschwung nehmen können, zu dem sie vielleicht auf keine andere Weise während ihrer Jugendzeit gelangen würden. Um zunächst den Einfluß der Ferienkolonien auf Gemüt und Geist des Kindes mit wenigen Worten zu erläutern, so bringen sie dem Stadtkind, das häufig nicht einmal von Wald, Berg und dergl. einen Begriff hat (vergl. Schwabe und Bartholomäi[16]), eine Fülle neuer und wertvoller Vorstellungen; es erweitern sich durch das Zusammenleben mit Altersgenossen oder durch Pflege in einer fremden Familie seine Anschauungen, und es wird gemütlich angeregt und ethisch gehoben.

Freilich hängt in dieser Richtung der Erfolg in hohem Maß von der Einrichtung der Ferienkolonie ab. Man wird, um mit den gewohnten häuslichen Verhältnissen vollkommen abzuschneiden, während des Aufenthalts in der Ferienkolonie störende Einwirkungen durch die Angehörigen — etwa durch Besuche — zu vermeiden suchen, andererseits soll das Kind durch die Kolonie nicht an Bedürfnisse gewöhnt werden, die über seine häuslichen Verhältnisse

hinausgehen, noch in einen Anschauungskreis hineinkommen, der im Gegensatz zu dem eigenen steht.

Diese Punkte sind es hauptsächlich, die bei der Abwägung der verschiedenen gebräuchlichen Verpflegungsmethoden in Betracht kommen. Es steht hier die Familienpflege gegenüber der Pflege in geschlossener Kolonie. Bei der ersteren wird ein einzelnes Kind oder eine Gruppe von Kindern bei einer Familie — gegen Entgelt oder, zumal bei Einzelpflege, auch unentgeltlich — untergebracht, bei der letzteren wird eine größere Anzahl Kinder unter der Führung von Erwachsenen ausgesendet und gemeinsam untergebracht und verpflegt. Ein Bindeglied zwischen beiden Methoden ist dadurch gegeben, daß die Kinder zwar in Familien einzeln oder in Gruppen untergebracht sind, sich aber während des Tages zu gemeinsamer Thätigkeit vereinigen. Eine schlechte Behandlung oder im Gegenteil eine Verwöhnung des Kindes wäre am meisten noch bei Familienpflege zu befürchten und in einem derartigen Fall auch durch die Aufsicht von seiten des Lehrers des Orts nicht sicher zu verhindern. Die geschlossene Kolonie kann viel eher eine Ausschreitung in der einen oder anderen Richtung vermeiden, und ebenso läßt sich die ihr anhaftende Gefahr moralischer und körperlicher Ansteckung bei guter Leitung vermeiden. Von der letzteren hängt überhaupt der Erfolg der Ferienkolonie sehr ab. Es ist wichtig, Aufsichtspersonen zu wählen, die pädagogisch geschult, gleichzeitig nach Temperament und gemütlicher Anlage für die Beschäftigung mit Kindern geeignet und auch in den praktischen Dingen, die die Kinderpflege in der Ferne erheischt, erfahren sind. Um dem Führer seine Aufgabe zu erleichtern, darf ihm keine zu große Zahl Kinder unterstellt sein, wobei freilich zu bemerken ist, daß sich bei der richtigen Stimmung in der Kolonie die Kinder gerne einander helfen. Im allgemeinen unterstellt man einem Führer 15—20 Kinder, in den Berliner Ferienkolonien schwankte ihre Zahl freilich (im Jahre 1893) meist zwischen 25—40. Man wählt zu Leitern gewöhnlich Lehrer oder Lehrerinnen; dieselben müssen verstehen, alles Schulmäßige bei der Leitung der Kolonie abzustreifen und in ungezwungener Weise anregend und erzieherisch einzuwirken; im besonderen sollten sie auch musikalische Begabung haben, da die Pflege des Gesanges in der Kolonie sehr erwünscht ist. In einzelnen Kolonien werden Lehrer bevorzugt, die selbst Familienväter sind, in anderen steht an der Spitze ein Lehrer mit seiner Frau und zwar so, daß z. B. in Zürich im Jahre 1893 von 7 Kolonien nur eine von Lehrerinnen, hingegen 6 mit je 30—50 Kindern von je zwei Lehrern mit ihren Frauen geleitet wurden (in Spanien führt ein Lehrer und eine Lehrerin). Bei der letzteren Art der Ueberwachung ist es bei einiger Vorsicht auch möglich, in der gleichen Kolonie Knaben und Mädchen zu verpflegen, was in mancher Hinsicht, wie die Erfahrungen in der Schweiz und in Spanien zeigen, als vorteilhaft zu betrachten ist; sonst wird man im allgemeinen getrennt Knaben- und Mädchenkolonien unter einem Lehrer oder einer Lehrerin aussenden.

Die Unterbringung der Kolonie ist oft nicht leicht: kann man sich bei gutem Wetter auch allenfalls mit engen Räumen bescheiden, da sie wesentlich nur zum Schlafen dienen, so ist es doch bei andauerndem Regenwetter wichtig, über geräumige Aufenthaltsräume zu verfügen. Die Pariser Ferienkolonien richten sich vielfach in Schulgebäuden ein, sonst werden Privatwohnungen oder Gasthäuser

benutzt. Mit den Quartiergebern wird eine reichliche Verpflegung der Kolonie vereinbart, wobei man auf gute Milch und tägliche Fleischspeisen besonderes Gewicht zu legen hat. Zuweilen lassen sich auch die Ferienkinder in Heilanstalten der Kolonie unterbringen. Am besten ist es aber natürlich, wenn die Kolonie ihr eigenes Ferienheim hat, das nach ihren Bedürfnissen eingerichtet ist und eine reichliche und daher wohlfeile Selbstverköstigung gestattet.

Die Verpflegung kostet in dem Leipziger Kinderheim dem Verein 0,62 Mk., in den Gebirgsgasthöfen 1,10 Mk. für Kopf und Tag; im Ferienheim des Budapester Vereins 37,4 kr. (= 63,3 Pf.) gegen 50 kr. (= 0,85 Pf.) bei Pauschalvergütung.

Wir kennen von solchen Ferienheimen zwei in der Schweiz, acht in Deutschland, eins in Ungarn (Bericht des Budapester Ferienkolonien-Vereins). Hier kann man die Wohlthat der Ferienkolonie auch in der Weise einer größeren Zahl Kinder erweisen, daß man noch vor und nach den Ferien je eine Gruppe aus der Schule beurlaubt und in das Heim schickt. In ähnlicher Weise werden in das Summer Home for Children in Barth (L. J.), in dem 300 Kinder zu gleicher Zeit Platz haben, jede Woche 200 Kinder, die der ärmsten Bevölkerung New Yorks entnommen sind, geschickt, um sich 8 Tage lang am Strand und im Walde zu erholen (jedes Kind kostet 24 M. nach Cazin[281]).

Um die Einschleppung ansteckender Krankheiten zu verhindern, müssen die Eltern versichern oder ärztlich bescheinigen lassen, daß in ihrer Familie oder bei Mitbewohnern in den letzten Wochen vor Beginn der Ferien keine ansteckende Krankheit bestanden hat. In New York wird, um die Einschleppung einer Infektion zu vermeiden, dem Arzt, welcher die Kinder untersucht, jeden Tag von dem Gesundheitsamt eine Liste aller infizierten Häuser zugestellt. Außerdem bleibt aber eine sorgfältige Musterung der Kinder auch auf Ungeziefer vor ihrer Abreise nötig. Jede Kolonie muß nötigenfalls ärztliche Hilfe erlangen können, dieselbe wird thatsächlich meist gern und selbst unentgeltlich gewährt.

Bevor wir besprechen, welche Orte für die Ferienkolonien zu wählen sind, wäre zu erörtern, welcher Art die schwächlichen Kinder sind, die entsendet werden und worin der für sie erstrebenswerte Erfolg zu sehen ist; dies leitet uns zu einer Kritik des Prinzipes der Ferienkolonien und ihrer augenblicklichen Ausdehnung über.

Das Material für die Ferienkolonien liefern meistens die Volksschulen größerer Städte; von den Versuchen, auch Kinder der Vermögenden und der höheren Schulen in Kolonien auszusenden, können wir hier absehen. In den Volksschulen werden die Armen und die Bedürftigen berücksichtigt; einzelne Vereine erheben von den Eltern nach ihren Vermögensverhältnissen einen Beitrag für die Verpflegung, welcher die Kosten jedoch kaum je deckt. Aus dieser Klasse von Schülern wird nun meist von den Lehrern eine erste Auslese schwächlicher Schüler veranstaltet, welche nach Untersuchung ihrer Bedürftigkeit und Würdigkeit seitens des Vereines zur Begutachtung an die Vertrauensärzte kommen; unter ihnen wird dann nach der von den Aerzten angegebenen Dringlichkeit (meist in Zahlen ausgedrückt) unter Rücksicht auf die vorhandenen Mittel eine engere Auslese getroffen. „Ziemlich überall sind die Komitees bei Aufstellung der Grundsätze für die

Auswahl der in Ferienkolonien zu sendenden Kinder dahin übereingekommen: an akuten Krankheiten, offenen Drüsengeschwüren, Ohrenfluß, bedenklichen Lungenentzündungen leidende, ungenügend bewegungsfähige, mit Krämpfen, Veitstanz, ansteckenden oder auffallenden Ausschlägen behaftete Kinder von geschlossenen Ferienkolonien auszuschließen“ [20] (p. 15), und es ist dies zu billigen, da sich nur hierdurch der Ferienkolonie der Charakter einer Erholungsstätte wahren läßt.

Trotzdem glauben wir, daß auch einem Teil dieser Kinder sehr wohl die Ferienkolonie zugänglich gemacht werden könnte und sollte, zumal gerade von ihnen viele derselben sehr bedürftig sind und nur wenige den Kinderheilstätten zugewiesen werden können oder überhaupt für dieselben geeignet wären. Würde schon die erste vorläufige Auslese der Schulkinder unter Zuziehung des Arztes stattfinden — in Paris z. B. geschieht dies schon jetzt durch den Schularzt (Perrochon [24]) — so ließen sich die an den oben bezeichneten Krankheiten leidenden Kinder oft noch rechtzeitig einer ärztlichen Behandlung zuführen, um nach Beseitigung ihrer Leiden für die Ferienkolonie geeignet zu erscheinen.

Man muß wissen, wie häufig, wenigstens in Preußen, die Autorität der Schule so weit reicht, daß Kinder mit leichten, aber auch mit den schwersten und hoch fieberhaften Krankheiten nicht eher von der Schule zurückgehalten und der ärztlichen Behandlung zugewiesen werden, als bis der Lehrer hierzu auffordert, um die Bedeutung unseres Vorschlags ganz würdigen zu können. Die in der Schule ausgesprochene Aufforderung zur ärztlichen Behandlung mit dem Hinweis auf die Möglichkeit einer Ferienerholung, welche letztere bei derartig vernachlässigten Kindern in der That oft besonders angezeigt wäre, würde dem durch Unwissenheit und Armut begünstigten Schlendrian bald abhelfen und der Gesundheit der Schulkinder überhaupt zu gute kommen. Aber hiervon abgesehen, könnten auf diesem Wege die Ferienkolonien auch bei denjenigen Kindern, welche von vornherein für die Ferienkolonie geeignet erscheinen, ihren Zweck oft viel vollkommener erreichen. Wie soll ein Kind in der Ferienkolonie z. B. seine habituellen Kopfschmerzen verlieren, wenn die in den Augen, in den Nasenhöhlen, im Rachen etc. vorhandene Reizung, welche sie veranlaßt, nicht vorher beseitigt ist? Wie soll das Kind in der Kolonie mit Appetit essen und sich den Spielen hingeben, wenn es von Zahnschmerzen gepeinigt wird? Wie soll es seine skrofulösen Halsdrüsen verlieren, wenn die vergrößerten Rachen- und Gaumenmandeln, deren Entzündung einen stets sich erneuernden Reiz auf die Drüsen ausübt, nicht vorher entfernt werden?

Für einen Teil der schwächlichen Kinder wird es genügen, sie an einen Ort zu schicken, welcher nach Höhenlage und meteorologischen Verhältnissen von dem Heimatsorte eine gewisse Verschiedenheit aufweist und schon deshalb nicht zu nah dem letzteren gelegen sein darf. Gerade die Aenderung der klimatischen Verhältnisse wirkt als solche anregend auf die Körperfunktionen. Gleichzeitig muß die Möglichkeit zu unterhaltenden Spaziergängen gegeben sein, welche ungefährlich, nicht zu anstrengend und den sommerlichen Temperaturverhältnissen angemessen sind. Man wählt nach den örtlich ge-

gebenen Verhältnissen am liebsten das Gebirge mit seinen Wäldern oder den Meeresstrand.

Für eine große Reihe von Kindern erscheint es zweckmäßig, den günstigen Einfluß eines Aufenthaltes in der freien Natur durch Benutzung von Heilfaktoren zu verstärken, wie sie die Natur in Form von See-, Sool- und Stahlbädern liefert. Der Erfolg einer solchen kombinierten Kur läßt die letzteren immer mehr in den Vordergrund treten; z. B. schickte der Verein für häusliche Gesundheitspflege in Berlin im Jahre 1893 18 Ferien- und 38 Sool- und Seebadkolonien aus.

Was nun die Erfolge der Ferienkolonien betrifft, so unterliegt es bei ihrer in der Regel sachgemäßen Einrichtung keinem Zweifel, daß die Kinder bei richtiger Auswahl in gesundheitlicher, gemütlicher und moralischer Richtung eine wesentliche Förderung erhalten. Wenn man in verschiedenster Weise — durch Untersuchung des Blutes, der Atmungsgröße, des Wachstums — versucht hat, die Hebung der Gesundheit geradezu zahlenmäßig nachzuweisen[22], so können bisher doch wesentlich nur die Körpergewichtsbestimmungen in dieser Richtung einigen Wert beanspruchen. Doch ist auch der scheinbar so beredten Sprache dieser Zahlen nicht ohne weiteres Glauben zu schenken.

Schmidt-Monnard[25] hat für die Halle'schen Kinder gezeigt, und es dürfte dies überhaupt für die deutschen Kinder gelten, daß sie zur Zeit der Sommerferien (Juli) an und für sich in einer Jahresperiode stehen, während der ihr Körpergewicht um durchschnittlich 0,5 kg zunimmt, so daß unter Zuziehung der noch in das Bereich des Normalen fallenden Schwankungen eine Gewichtszunahme nur soweit auf die Ferienkolonien anzurechnen wäre, als sie 700 g bei Knaben, 600 g bei Mädchen übersteigt. (In Dänemark verteilen sich die mittleren Gewichtszunahmen in anderer Weise auf die Jahresmonate; siehe Malling-Hansen[26]). In der That lassen sich Durchschnittszunahmen, die darüber hinausgehen, fast immer bei der Rückkehr der Ferienkolonisten feststellen; die Zahlen schwanken meist zwischen 1 und 2—3 kg, können aber noch erheblich höher sein. Freilich sind die Durchschnittszahlen nur mit Vorsicht zu beurteilen, da sie aus stark differierenden Einzelzahlen gewonnen sein können; so brauchen nur einige Rekonvalescenten z. B. von Typhus unter den Kindern zu sein, um die Durchschnittszunahme deutlich in die Höhe zu treiben. Es hängen die Zunahmen überhaupt von verschiedenen Umständen ab, die z. T. von der Ferienkolonie unabhängig sind, wie das Alter der Kinder, ihre häuslichen Verhältnisse und ihr Kräftezustand vor ihrer Entsendung, zum anderen Teil während des Ferienaufenthaltes zur Geltung kommen, wie die Dauer desselben, die Temperaturverhältnisse, der Grad der Bewegung und Anstrengung der Kolonisten. Wie weit die klimatischen Verhältnisse der Kolonie noch neben der Güte der in ihr gebotenen Verpflegung das Körpergewicht beeinflussen, ist wohl noch nicht genügend klargestellt.

Wenn man die zahlreichen Gewichtstabellen mustert, ergeben sich aber trotz dieser mannigfachen Einflüsse, besonders bei Trennung nach dem Lebensalter der Kolonisten und bei Berücksichtigung der einzelnen aussendenden Städte, recht konstante Resultate. Für die Ferienkolonisten von Halle fand Schmid-Monnard[25], daß sie zu-

nächst hinter den gleichaltrigen Volksschulkindern an körperlicher Entwickelung um ein volles Jahr zurückstehen, um dieselben nach einem dreiwöchentlichen Ferienaufenthalt in Körpergewicht und Atmungsgröße wieder einzuholen.

An diese summarische Betrachtung der Erfolge der Ferienkolonien sollte sich noch eine individualisierende Würdigung in der Weise reihen, daß der Körperzustand des einzelnen Kindes vor und nach der Ferienkolonie festgestellt würde. Wenn z. B., wie wir früher erwähnten, die große Masse der zur Vollkolonie ausgewählten Kinder an nachweisbaren Erscheinungen der Skrofulo-Tuberkulose leiden, so wäre es von Bedeutung, den Verlauf derselben unter der Einwirkung der Ferienkolonien zu verfolgen. Es möge hier im besonderen darauf hingewiesen werden, daß die Körpertemperatur das Bestehen eines entzündlichen Prozesses mit großer Sicherheit erkennen läßt und erst mit seiner Ausheilung von der subfebrilen oder febrilen Höhe zur Norm zurückkehrt. Die Bestimmung der Temperatur vor der Entsendung und nach der Rückkehr wird voraussichtlich in Uebereinstimmung mit vielfachen in dieser Richtung gemachten Erfahrungen lehren, daß der skrofulöse Prozeß als solcher durch eine Ferienkolonie kaum je — auch nicht bei mehrfacher Entsendung — zum Abschluß kommt. Es ist dies z. T. auf die zu kurze Dauer der Ferienkolonie zu schieben und es ist daher immerhin nicht ohne Wert, daß einige Vereine (z. B. in Berlin, Frankfurt a./M.) die Erfolge der Ferienkolonie dadurch zu verlängern suchen, daß sie sich auch nach der Rückkehr der Kinder um ihre Pflege und Ernährung bekümmern.

Mag die Wirkung der Ferienkolonie, wie es nicht anders zu erwarten ist, auch keine durchgreifende sein, so ist dieser Einrichtung doch die weiteste Verbreitung zu wünschen. Die Zahl der kränklichen und schwächlichen Kinder in den unbemittelten Bevölkerungskreisen ist eine ungeheure, und man wird niemals allen Bedürftigen eine ausreichend lange Kur in Heilstätten angedeihen lassen können.

Die Ferienkolonien wurden im Jahr 1876 durch den Pfarrer Bion in Zürich sowie durch den wohlthätigen Schulverein in Hamburg eingeführt und fanden schnelle Nachfolge. In Deutschland machte sich zunächst der Frankfurter Verein (Varrentrapp) besonders verdient.

Die Zahl der Vereine für Ferienkolonien — meistens durch private Wohlthätigkeit unter Mitwirkung der Gemeinden unterhalten — ist in vielen Kulturländern schon jetzt eine große; im besonderen wurden in Deutschland in geschlossenen Kolonien oder in Familien während der Ferien im Jahre 1893 11 178 Kinder verpflegt.

Der erste Wiener Ferienkolonien-, Spar- und Unterstützungsverein für Kinder entsandte im Jahre 1893 549 Kinder für einen Kostenaufwand von 6957 fl. in Kolonien[4].

Der Budapester Ferienkolonienverein entsandte im Jahre 1894 610 Kinder mit einem Kostenaufwand von ca. 12 000 fl.

In Brüssel schickt der „Progrès" für je 14 Tage in sein Ferienheim in Blankenberghe im ganzen 300 Schulkinder (tägliche Kosten 1,60 M.) (Delvaille[19], p. 199).

Der Children's Country Holidays Fund sandte (Brit. med. Journ. 1893) 25 568 Kinder im Jahre 1893 aus London zu einem 14-tägigen Aufenthalt aufs Land (bei einem Kostenaufwand von ca. 10 sh. per Kopf)[28], (p. 428).

Der Tribune Fresh-Air Fund entsandte im Sommer 1894 auf 14 Tage in geschlossene und offene Ferienkolonien aus New York 10 171 Kinder (New York Weekly Tribune Nov. 21 1894). Die Children's Aid Society schickte 1892 über 3000 Kinder für je 1 Woche in sein Seaside-Sanatorium (außerdem noch 4500 Kinder nur für den Tag).

In Spanien wirkt die Sociedad de Colonias Escolares (de Davila[29]).

In Rußland werden während des Sommers schwache und chlorotische Mädchen an den Meeresstrand und zur Mineralwasserkur nach Lipetzk, Staroja Russa und nach dem Finnischen Golf geschickt. Auch werden arme Schüler mancher Moskauer Schulen im Sommer auf Gütern von Mitgliedern der philanthropischen Gesellschaften aufgenommen, um sich im Freien zu bewegen und Milchkuren durchzumachen. (Nach brieflicher Mitteilung des Herrn Dr. N. Miller in Moskau.)

Die täglichen Kosten der Verpflegung belaufen sich für je ein Kind bei den Berliner Ferienkolonien auf 1,55 M., bei denen von Stuttgart auf 1,45 M., von Zürich auf 1,56 M., von Frankfurt und Leipzig (bei beiden ausschließlich der Reisekosten) auf 1,31 und 1,10 M., in New York auf 0,47 M., in Spanien auf 2,03 M.

Für die Handhabung bei Auswahl und Entsendung der Kolonisten verweisen wir besonders auf die bei dem Berliner Verein für häusliche Gesundheitspflege ausgebildeten Regeln.

β) Heilstätten.

Einen viel nachhaltigeren Einfluß auf die Gesundheit vermögen die Kinderheilstätten zu entfalten. Nach der Art der ihnen zur Behandlung überwiesenen Kinder lassen sie sich in 2 Hauptgruppen trennen.

α') Rekonvalescentenheime. Diese haben die Aufgabe, Kindern, welche eine schwere Krankheit durchgemacht haben, Gelegenheit zu bieten, sich unter günstigen Ernährungs- und klimatischen Verhältnissen zu erholen. Die Rekonvalescentenhäuser stehen in der Regel in Abhängigkeit von Krankenanstalten: die in letzteren verpflegten Kinder können meist nicht auf eine geeignete Nachkur in ihrer Familie rechnen und finden im Krankenhaus selbst — von der Gefahr einer nachträglichen Infektion abgesehen — nicht genügend Gelegenheit, sich ungezwungen und unter günstigen klimatischen Verhältnissen im Freien zu bewegen. Indem sie in ein Rekonvalescentenheim kommen, räumen sie dringenderen Fällen den Platz und ermöglichen eine Ersparnis in den Verpflegungskosten. Wenn man sich streng an diese Gruppe von Kindern hält, so läßt sich ein Rekonvalescentenheim mit verhältnismäßig wenigen Mitteln errichten und verwalten. Nicht zu weit von der Stadt wird sich in der Regel — auf dem flachen Lande, im Gebirge, an der See — ein Platz finden lassen, wo die Kinder unter einfachen Verhältnissen verpflegt werden können, um nach einer wechselnden, im allgemeinen immerhin kurzen Zahl von Wochen genesen zu den Ihrigen zurückzukehren. Außer genügender Gelegenheit für den Aufenthalt im Freien oder — bei schlechtem Wetter — auf einer Veranda, muß in der für anstaltsmäßige Verpflegung bekannten Weise für Schlaf-, Aufenthalts-, Speise- und Wirtschaftsräume gesorgt sein; ärztliche Ueberwachung ist zwar erforderlich, kann aber durch den Arzt des Ortes ausgeübt werden.

Im allgemeinen fassen die Kinder-Rekonvalescentenhäuser ihre Aufgabe nicht streng in der soeben geschilderten Weise, sondern verpflegen auch Kinder, welche in die Heilstätten für Skrofulöse gehören; außerdem finden sich hier auch mehr oder weniger häufig Kinder, welche nach der Art ihrer Krankheit überhaupt nicht für Anstalten oder aber nur für bestimmte Specialanstalten geeignet wären. Diese nicht genügend scharf dem



Anstaltszweck entsprechende Auswahl bei der Aufnahme erhöht unter Umständen nicht nur die Kosten des Betriebes, sondern beeinträchtigt auch Aufnahme und Verpflegung der für die Anstalt geeigneten Kinder, ohne auf der anderen Seite den nicht hierher gehörenden Kindern die passende Behandlung zu bieten. Bei der Beurteilung der durchschnittlichen Zahlenangaben über die Heilerfolge ist der Zusammensetzung des Materials in der erwähnten Hinsicht Rechnung zu tragen.

Konvalescentenhäuser für Kinder — freilich nicht in dem engeren, eben besprochenen Sinne — sind in Amerika und England zahlreich. Aus Frankreich erwähnen wir Forges-les-Bains für die Pariser Kinder, aus Niederösterreich das Rekonvalescentenhaus für arme Schulkinder zu Weidlingen (Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl. 1892 No. 7); aus Deutschland das Kinderheim in Herrenhausen bei Hannover, während die Heilstätten in Sol- und Seebädern, in welche verschiedene Krankenhäuser meist chronisch kranke Kinder schicken, erst später zu berücksichtigen sind.

β') Heilstätten für Skrofulöse. Wir kommen jetzt zu der zweiten, ungemein bedeutungsvollen Gruppe von Kinderheilstätten, welche wesentlich der Behandlung skrofulöser Kinder gewidmet sind. Um die Frage zu beantworten, ob sie im Gegensatz zu den Ferienkolonien imstande sind, die Skrofulose zur völligen Heilung zu bringen, müssen wir uns noch einmal an die gewöhnliche Ausdehnung der tuberkulösen Infektion im Körper erinnern.

Diejenigen örtlichen Erkrankungen, welche für die Behandlung hier in Betracht kommen, stellen fast nie die erste Wirkung der Infektion dar, sondern gehören zu den Krankheitsherden, welche sich von der ersten Infektion aus nachträglich an den verschiedensten Stellen des Körpers entwickelt haben. Infolgedessen hat man bei der Behandlung der Skrofulose erstens den Einfluß zu berücksichtigen, der auf die inneren tuberkulösen Herde, nach der früheren Anschauung auf die skrofulöse Diathese oder die Skrofelsucht, ausgeübt wird, und zweitens die Veränderung, welche die sekundären Erkrankungen an Drüsen, Haut, Knochen u. s. f. erfahren können: man kann hiernach von einer Heilung der Skrofulose überhaupt oder aber der örtlichen skrofulösen Erkrankung sprechen. Die erstere ist nur dann erfolgt, wenn die Tuberkelbacillen im Körper vernichtet sind oder so festgehalten werden, daß ihr erneutes Vordringen in das gesunde Gewebe und damit die Möglichkeit eines Rückfalles nicht mehr zu befürchten steht. Bei der Heilung der nur sekundären örtlichen Affektion hingegen bleibt diese Möglichkeit zwar vermindert, aber nicht ausgeschlossen. Da wir über die endgültige Heilung der Skrofulose uns kein sicheres Urteil bilden können, so können wir als ärztliche Forderung nur die Heilung der örtlich wahrnehmbaren Erkrankung von den Heilstätten verlangen, wobei nicht verkannt werden soll, daß hiermit gleichzeitig in der Regel auch eine Kräftigung des ganzen Körpers erfolgt.

Eine erfolgreiche Behandlung der örtlichen skrofulösen und tuberkulösen Erkrankungen ist, wie hier sofort mit Nachdruck zu betonen ist, in vielen Fällen nicht durch ausschließlich hygienisch-diätetische Mittel, sondern nur bei gleichzeitiger chirurgischer Behandlung zu erzielen. Dieselbe hat die Aufgabe, im gegebenen Augenblick in mehr oder weniger entschiedener Weise einzugreifen

und hierdurch den Heilungsvorgang zu ermöglichen oder zu beschleunigen.

Von diesem Gesichtspunkt aus wären die Kinderheilstätten in zwei Gruppen zu trennen, von denen die einen in der Lage sind, gleichzeitig chirurgische Hilfe zu leisten, während die anderen sich darauf beschränken, solche Kinder zu verpflegen, welche infolge verborgener Tuberkulose blutarm, abgemagert oder überhaupt kränklich sind oder an indolenten Drüsenschwellungen leiden oder schon mit genügendem Erfolg unter chirurgischer Behandlung gestanden haben.

Die erfolgreiche Thätigkeit der Kinderheilstätten hängt in hohem Grade davon ab, daß diese Trennung wenigstens insoweit durchgeführt wird, daß Kinder der ersten Gruppe nicht in Heilstätten der zweiten Gruppe verpflegt werden. Der einzige Einwand, der gegen diese Trennung vorzubringen wäre, könnte sich dahin richten, daß die chirurgische Behandlung stets in Krankenhäusern erfolgen und der Pflege in den Heilstätten vorausgehen sollte. Doch bleiben, die Berechtigung dieser Forderung im allgemeinen zugegeben, bei dem ungemein schleichenden und rückfälligen Verlauf der örtlichen Tuberkulose trotzdem einzelne nachträgliche Eingriffe unvermeidbar, während andere Eingriffe überhaupt erst möglich werden, nachdem sich der allgemeine Kräftezustand in der Heilstätte gebessert hat.

Abgesehen von einer sachgemäßen und rechtzeitigen ärztlichen Behandlung beeinflußt den Erfolg die Wahl der Heilstätte und die Dauer der in ihr erfolgenden Verpflegung. Es ist schwer, aus den Erfolgen der einzelnen Heilstätten bestimmte Grundsätze in dieser Richtung zu gewinnen, weil diese drei Faktoren in ihnen in der wechselndsten Weise zum Ausdruck kommen. Immerhin hat die Erfahrung einige wichtige Hinweise gegeben, die für die Behandlung der Skrofulose zu verwerten sind.

Das Solbad und das Seebad beeinflussen die Skrofulose in bedeutsamer Weise: welches von beiden im allgemeinen vorzuziehen sei, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen, wenngleich es den Anschein hat, daß die Erfolge des letzteren diejenigen des ersteren noch übertreffen. In beiden wirkt der langandauernde Aufenthalt in der freien Natur, eine gute Pflege und Ernährung in gleicher Weise, dort kommt noch die eigenartige Wirkung des warmen Solbades (in der Wanne oder im Bassin), im Seebad hingegen der mannigfaltige Einfluß der Seeluft und des kühlen und bewegten Seebades auf die Körperfunktionen hinzu. Ohne im einzelnen die Wirkung dieser Faktoren auf das Nervensystem und den Stoffwechsel, sowie auf die örtlichen Erkrankungen untersuchen zu wollen, können wir hier nur feststellen, daß sie nach Art und Dauer der Behandlung, sowie nach der Verfassung des behandelten Kindes verschieden ausfällt. Es zieht dies die Notwendigkeit einer sorgfältigen Individualisierung bei der Auswahl des Kurortes und der Anwendung seiner Kurmittel nach sich: Kinder unter 3 Jahren, ferner leicht erregte oder fiebernde Kinder sind für den Strand — wenigstens des nördlichen und offenen Meeres — meist ungeeignet, während ihnen der Aufenthalt in einem Solbad nützen kann; tuberkulöse Erkrankungen mit einem hitzigen Verlauf, mögen sie innerlicher oder chirurgischer Natur sein, sind von dem Gebrauch der Bäder überhaupt, ganz besonders aber der Meeresbäder, auszuschließen während diejenigen Prozesse, welche sich trotz chirurgischer Behandlung nicht vom Flecke rühren wollen, oft unter

der anregenden Anwendung der Bäder eine auffällige Beschleunigung des Heilverlaufs erfahren. Im besonderen sind von den einzelnen Lokalisationen der Skrofulose diejenigen, welche Haut und Auge betreffen (von den letzteren besonders die Keratitis und Kerato-Conjunctivitis), mehr für die Solbäder geeignet, während die Knochen-, Gelenk- und Drüsenskrofulose mindestens ebenso gute, vielleicht noch bessere Resultate an der See hat.

Auch bei entsprechender chirurgischer Behandlung erfordert die Heilung des skrofulo-tuberkulösen Leidens in den Heilstätten einen sehr langen Zeitraum. Wenn die Kur nicht entsprechend dem Bedürfnis des Einzelfalles verlängert werden kann, ist daher auf einen vollen Erfolg — auch nur in Hinsicht auf die örtliche Erkrankung — nicht zu hoffen.

Daher finden sich — um mangels anderer Zahlen nur von der Behandlung in den Seehospizen zu sprechen — die günstigsten Resultate in dem großen Seehospiz von San Pelagio (Scheimpflug[20]), von Berck-sur-Mer und von Refsnäs, in welchem die Verpflegungsdauer ausschließlich durch den Verlauf der Krankheit bestimmt wird; in ersterem heilen (Durchschnitt von 1890—1893) 69,7 Proz. bei durchschnittlicher Behandlung von ungefähr 182 Tagen, im zweiten bei einer durchschnittlichen Verpflegungsdauer von 423 Tagen 70,8 Proz. der skrofulösen Kinder; in letzterem (Cazin[28], p. 270) bei durchschnittlich 241 Behandlungstagen 59—65 Proz. (siehe z. B. den Bericht für 1891 im Jahrb. für Kinderheilkunde, N. F. 35, p. 355). Das Hospital Rothschild in Berck-sur-Mer und das Hospiz in Margate mit einer Behandlung von gewöhnlich 90 Tagen Dauer erzielen noch 42,5 Proz. Heilung, während in dem Seehospiz von Norderney bei einer durchschnittlichen Verpflegungsdauer von ca. 50 Tagen nur noch 22—33 Proz., in den italienischen Seehospizen mit Kuren von 30—45 Tagen nur noch circa 27 Proz. Heilungen der Skrofulose erreicht werden. Freilich werden in den Hospizen mit kürzerer Behandlungszeit die Kuren oft mehrfach (in Italien bis 5mal) wiederholt und bringen es auf diesem Wege noch zu einer etwas größeren Zahl dauernder Heilungen.

Im einzelnen kommt es natürlich auf die Art der Krankheit an, wodurch sich die notwendige Dauer der Behandlung bestimmt. Wir geben daher im folgenden die Zahl der Behandlungstage, welche die einzelnen Formen der Skrofulose im Berck-sur-Mer erforderten und stellen daneben das hierbei erreichte Heilungsprozent (nach Cazin[28], p. 269 und 479):

(Siehe Tabelle S. 592.)

Die Voraussage der Krankheit wird durch das Lebensalter beeinflußt. Das Alter von 6—13 Jahren ist ungefähr dasjenige, welches die besten Aussichten bei der Meeresbehandlung hat; thatsächlich befindet sich die Mehrzahl der in den Seeheilstätten behandelten Kinder in diesem Alter.

Abgesehen davon, daß die Erfolge der verschiedenen Heilstätten sich mangels der Gleichartigkeit des Krankenmaterials, sowie der Art und Dauer der Behandlung nicht vergleichen lassen, beweisen selbst die bei einer zeitlich nicht beschränkten Behandlung gewonnenen Zahlen insofern nicht viel, als eine Vergleichung mit den in den Krankenhäusern der Stadt gewonnenen Heilungsresultaten

	Durchschnittszahl der Behandlungstage	Heilungsprozent
Mehrfache skrofulöse Erkrankungen	562	61,0
Entzündung des Kniegelenkes	544	Gelenkentzündungen (außer Hüftgelenkentzdg.) 70,0
" " Handgelenkes	488	
" " Fußgelenkes	471	
" " Knochens und d. Knochenbeinhaut	482	73,5
Pott'sche Wirbelerkrankung	470	ohne Absceß 65,6; mit " 43,4
Entzündung des Hüftgelenkes	426	nicht eiterig 71,2; eiterig 53,0
Hautskrofeln (Lupus etc.)	422	78,3
Kalte Abscesse im Unterhautgewebe und an anderen Stellen	342	77,7
Drüsenschwellungen	342	75,4
Hautkrankheiten	269	84,6

fehlt. Von der Anführung der durchschnittlichen Gewichtszunahmen, welche während der Behandlung erzielt werden, ist ebensowenig eine besondere Aufklärung zu erwarten. Gerade mit zunehmender Behandlungsdauer werden die Durchschnittszahlen geringer, weil die höchsten Zunahmen im Beginn der Behandlung erzielt werden; auch zehrt zuweilen trotz zunehmender Kräftigung das Seebad am Gewicht und nehmen andererseits im übrigen nicht günstig verlaufende Fälle an Gewicht zu (Lorent[31], p. 251). Trotzdem ergiebt die individualisierende Beurteilung des Krankheitsfalles, der wir auch für die Beurteilung der Ferienkolonieen das Wort redeten, in unzweifelhafter Weise den außerordentlich günstigen Einfluß der Heilstätten und zwar besonders der Seehospize.

Wie weit nicht nur die Heilung der örtlichen Erkrankung, sondern der Skrofulose überhaupt — in dem früher erörterten Sinn — erreicht wird, läßt sich nur dadurch feststellen, daß man die Kinder noch nach ihrem Austritt aus der Behandlung lange Zeit im Auge behält. Hierbei stellt sich zunächst oft noch eine günstige Nachwirkung der Kur heraus, welche sich nach Van Merris (Cazin[23], p. 312) bis auf 6 Monate nach der Entlassung erstrecken kann. Infolgedessen tritt zuweilen bei Kindern, welche nur als gebessert entlassen wurden, noch nachträglich eine völlige Heilung ein. Diese Nachwirkung läßt sich selbst bei der kürzeren Verpflegungsdauer in den italienischen Hospizen nachweisen, so daß z. B. 3 Monate nach der Entlassung $^1/_6$ der Gebesserten noch geheilt waren — ein Umstand, welcher für eine wiederholte Kur von kürzerer Dauer, wenigstens bei den leichteren Formen der Skrofulose, ins Feld geführt werden kann. Noch wichtiger für die Beurteilung des Heilerfolges wäre es, zu wissen, ob die bei der Entlassung oder bald nachher festgestellte Heilung der Skrofulose länger anhält, als dies auch ohne Luft- und Bäderkur durch chirurgische und innerliche Behandlung erreicht wird. Obgleich sich auch hier der nötige Vergleich nicht ziehen läßt, ist immerhin eine Erhebung von Interesse, welche aus Refsnäs entlassene skrofulöse Kinder betrifft. Von 588 Kindern (hierbei 29 Fälle mit Tuberkulose innerer Organe) waren 304 geheilt, 208 wesentlich gebessert, 44 gebessert, 20 unverändert, 12 verschlimmert entlassen; 6—15 Jahre später waren von

ihnen 17 noch nach der Entlassung genesen, 242 gesund geblieben und 101 nach Ueberwindung von Recidiven gesund geworden; von den übrigen waren 107, meist an tuberkulösen Leiden, gestorben (Thorwald Eibe[32]).

Einrichtung und Betrieb der Kinderheilstätten gestaltet sich etwas verschieden, je nachdem es sich um Solbäder oder Seehospize handelt; vor allem kommt aber hier die Unterscheidung zwischen Pflegestätten oder Sanatorien und Hospizen mit ärztlicher Behandlung in Betracht. Anstalten mit kurzem Kuraufenthalt werden in der Regel nur als Sanatorien zu betrachten sein und deshalb nur geringfügige Einrichtungen für chirurgische Behandlung zu haben brauchen, wobei wir die leider oft nicht zutreffende Voraussetzung machen, daß sie operationsbedürftige Kinder grundsätzlich zurückweisen.

Hierher gehören im besonderen die Kinderheilstätten in deutschen Solbädern, welche die Pflege zwischen 4 und 6 Wochen schwanken lassen.

Für sie ist daher nur zu verlangen, daß die hygienischen Bedingungen, welche an und für sich an die anstaltsweise Verpflegung einer größeren Anzahl von Kindern zu knüpfen sind, erfüllt werden: hierher rechnen wir reichlich bemessene Tages- und Schlafräume, einen Isolierraum für krankheitsverdächtige Kinder, zweckmäßige Ventilation und Entwässerung, gedeckte Veranden, Gartenanlagen oder Nähe des Waldes, zuverlässige Ueberwachung durch ein ausreichendes Personal sowie ärztliche Aufsicht, reichliche Ernährung unter Betonung eines stärkeren Eiweiß- und Fettgehaltes der Nahrung, gutes Trinkwasser. Im besonderen ist in diesen Heilstätten auf richtige Abwartung der leichteren äußeren Affektionen, die hier zur Behandlung kommen, Wert zu legen. Die Bäder sollen nicht nur nach ärztlicher Bestimmung verabreicht werden, sondern auch in hygienisch tadelloser Weise: sie sind für jedes Kind besonders und sauber herzurichten und sowohl hierbei wie bei der Benutzung der Wäsche und der Toilettengegenstände ist eine strenge Trennung für die einzelnen Kinder durchzuführen, um tuberkulösen oder sonstigen Ansteckungen vorzubeugen.

Als Beispiel für die bauliche Disposition geben wir eine Skizze von der Kreuznacher Kinderheilanstalt Viktoriastift, welche nach Einrichtung und Betrieb als Muster gelten kann. Neuerdings ist noch ein kleines, mit dem Hauptgebäude durch einen Gang verbundenes Haus errichtet, welches zur Aufnahme der Operationszimmer und eines Zimmers für die vorstehende Schwester dienen soll.

Bei den Seebädern mit ihrer sehr verschiedenen Behandlungsdauer muß der Unterschied zwischen Sanatorien und Seehospizen zu noch schärferem Ausdruck kommen. Beide gebrauchen einen leicht erreichbaren Strand, der, vor widrigen Winden geschützt, einen feinen Sand und womöglich die Annehmlichkeit von Ebbe und Flut hat. Der Meeresboden und der Wellengang darf dem Badenden nicht gefährlich und die Reinheit des Meereswassers durch keine Zuflüsse vom Lande aus in Frage gestellt werden. Die leichter kranken Kinder bedürfen außerdem nicht viel, sie können selbst, wie es die Stadt Kopenhagen mit ihren skrofulösen und anämischen armen Kindern in Snogebäk (Gerner[33]) auf der Insel Bornholm thut, bei Fischern untergebracht werden, und wenn ihnen besondere Anstalten geöffnet werden,

Das Sanatorium hat eine Grundfläche von 49891,29 qm. Die Gebäude sind sämtlich isoliert, jedoch durch Galerien oder geschlossene Veranden verbunden. An der nach dem Meer hin gelegenen Front liegt das Verwaltungsgebäude (*I*), hinter ihm ein rechtwinkliger Platz von 2300 qm, auf jeder Seite je ein Trakt (*II*), der von dem anderen 41 m entfernt ist; die hintere Seite des Platzes nehmen die Speisesäle ein (*f*), an die sich das Küchengebäude (*s*) anschließt. Weiter rückwärts liegen die Wasch- und Wirtschaftsräume (*III*) (Waschküche *t*, Trockenraum *u*) und Stallungen (*IV*).

Eine bedeckte Galerie von 2 m Breite läuft an den Gebäuden entlang um den Hauptplatz herum.

Die beiden Haupttrakte (*II*) stehen senkrecht zum Meer und zerfallen in je 3 Pavillons, welche durch gedeckte und heizbare Hallen (*a*) verbunden sind; die Pavillons haben ein Erdgeschoß und ein Stockwerk. Der 1. und 2. Pavillon links und rechts enthält die Schlafräume für die kleinen Kinder (von 4–7 Jahren), für die zahlenden und für die unterstützten Kinder. Der 3. Pavillon rechts enthält die Krankenabteilung (für akut erkrankte Kinder und für chronisch Kranke, welche besondere Abwartung verlangen). Der 3. Pavillon links enthält im Erdgeschoß die Bäder und im 1. Stock Wäsche-, Kleider- und Nähzimmer.

Das Verwaltungsgebäude hat Erdgeschoß und ein Stockwerk; es enthält unten: Zimmer des Direktors (*b*), Rechnungsbureau (*c*), Konsultationsräume (*d*); oben: Wohnung des Direktors. Die gedeckten Hallen, welche zu den Pavillons führen, sind in 2 Schulzimmer (*l*) (für Knaben bez. Mädchen) umgewandelt.

Das Speisegebäude (*f*) hat nur ein Erdgeschoß.

Von den 10 Schlafzimmern (*g*) haben vier 20 und sechs 18 Betten; an jedes Schlafzimmer schließt sich ein Waschraum (*e*), ein Wärterinnenzimmer (*i*), Toilette- und Wasserkloset (*k*). Auf jedes Bett kommen im Durchschnitt 19 m^3 Luft.

Die Krankenabteilung hat 3 Säle (*l*) mit je 6 Betten für die kleinen Kinder, die Mädchen und Knaben, außerdem 3 Isolierzimmer mit im ganzen 4 Betten. An jeden Saal stößt ein Wärterinnenzimmer (*m*); ferner Verbandzimmer (*n*), Apotheke (*o*). Durch einen Gang ist mit dieser Abteilung der freiliegende Operationspavillon (*r*) verbunden.

Das Wasser wird aus einem Tiefbrunnen (*v*) in ein auf dem Berge gelegenes Reservoir gehoben, von dem aus es sich in 7 Reservoire in der Anstalt verteilt. — Die Wirtschaftsabwässer gehen zusammen mit den Fäcalien an einer entfernten Stelle in das Meer.

Die Seehospize werden auch während des Winters benutzt, selbst für die nördlichen Meere hat in Frankreich und Deutschland die Erfahrung gezeigt, daß die W i n t e r k u r e n hinter den Sommerkuren an Wirksamkeit nicht wesentlich zurückstehen und bei Erkrankungen der Lungen zuweilen sogar noch mehr leisten. Die Temperatur ist am Meeresstrand weniger schwankend als im Binnenland und im Winter verhältnismäßig milde, und der reichliche Genuß der Seeluft ist auch in dieser Jahreszeit, in der man außer am Mittelmeeer auf das Seebad verzichten muß, von ausgezeichneter keilkräftiger Wirkung.

Ob man in Seehospizen für die Wintersaison Bassins mit erwärmtem Meerwasser (Piscinen) anlegen soll, wie man es zunächst unter großen Kosten that, ist nach der Ansicht der erfahrensten Aerzte mindestens zweifelhaft; hingegen ist die Benutzung von Wannenbädern, Douchen und dergleichen häufig angezeigt.

Die Seehospize müssen in Anbetracht ihres dauernden Betriebes und der bedeutenden hygienischen Anforderungen, die an sie gerichtet werden, in größerem Maßstabe und in soliderer Weise hergestellt werden als die Sanatorien. Trotzdem wird man auf die Erbauung von prunkvollen Riesenanstalten verzichten und mit mittleren Anstalten, welche unter Vermeidung von Luxus, in Pavillon- oder Barackenstil aufgeführt sind, sein Ziel erreichen können (L e r o u x [34]).

Die Kinder sind vor der Entsendung sorgfältig daraufhin zu prüfen, ob sie für die beabsichtigte Kur geeignet sind. Möglichst kurze Zeit

vor der Abfahrt ist noch ein ärztliches Attest zu erwirken, welches bescheinigt, daß das Kind nicht an einer ansteckenden Krankheit leidet und, nach ärztlicher Kenntnis, nicht mit derartig erkrankten Kindern in Berührung stand. Die Entsendung erfolgt in größeren Transporten 2—3mal im Jahr und zwar auf Kosten der Angehörigen, der Gemeinden oder Vereine; die Schwierigkeiten der Reise werden durch systematische Organisation — z. B. nach den deutschen Seeküsten durch besondere Transportkommissionen — überwunden; die Beförderung schwer Kranker läßt sich durch Einrichtung besonderer Waggons (wie sie in Frankreich beabsichtigt ist) erleichtern. In den Hospizen angelangt, werden die Kinder zunächst gereinigt und (z. B. in Berck sur Mer) mit Anstaltskleidung versehen und nach genauer Untersuchung zunächst in Quarantäne verbracht; die ersten Wochen läßt man die durch die bessere Hygiene, die Luft und die Bäder gegebenen Vorteile auf das Kind wirken, um erst später ärztliche und im besonderen chirurgische Behandlung, soweit sie trotzdem nötig erscheint, einzuleiten. Die Bäder werden, wenn sie nicht zu lange ausgedehnt und täglich nur einmal genommen werden, von den skrofulösen Kindern im allgemeinen sehr gut vertragen. In Italien legt man auf eine Gesamtzahl von 60—70 Bädern Wert, während man nach dem Urteil anderer zuweilen auch mit einer kleineren Zahl auskommen, in der Regel aber täglich während der Saison die Bäder verabreichen kann. Die Verpflegung muß reichlich sein. Bezüglich der Diättabellen wäre auf Beneke[38], Cazin[23], Leroux[84] zu verweisen; wir teilen sie hier nicht mit, weil sie für die Praxis nur einen ganz ungefähren Maßstab abgeben können. Der Aufenthalt am Strande ist möglichst auszudehnen; größere Kinder pflegen, soweit es ihr Zustand gestattet, 2mal täglich $1^1/_2$ Stunden Unterricht zu erhalten.

Wir werfen jetzt einen flüchtigen Blick auf die vorhandenen Heilstätten. Dieselben sind meistens durch Privatwohlthätigkeit oder geistliche Verbände, seltener durch Krankenhäuser oder Gemeinden gegründet und erhalten; die Betriebskosten werden zu einem Teil durch die Pflegegelder gedeckt, welche von den Angehörigen der Kranken, meist bei ermäßigten Preisen, oder wiederum durch Vereine, Gesellschaften oder Gemeinden bezahlt werden. Der Dienst wird in den Anstalten meist durch geistliche Pflegerinnen, seltener durch andere Pflegeschwestern (z. B. durch Viktoriaschwestern im Seehospiz von Norderney) verrichtet.

In Solbädern finden sich Kinderheilstätten wesentlich innerhalb Deutschlands, und zwar in Alstaden, Colberg, Dürrheim, Elmen, Frankenhausen, Goczalkowitz, Harzburg, Inowraclaw, Jagstfeld, Kissingen, Königsborn, Kösen, Kreuznach, Lüneburg, Nauheim, Oldesloe, Orb, Rappenau, Rothenfelde, Salzdetfurth, Salzuflen, Sassendorf, Sooden a. W., Sülze und Sulza. Es wurden hier im Jahre 1893 7294 Kinder in 27 Anstalten bei einer Gesamtausgabe von 474459 M. verpflegt. Die Kurdauer beträgt meist 4—6 Wochen. Als wöchentlicher Verpflegungssatz werden von den Bemittelten zwischen (6—)11,25 M. und 15 (—25) M., von den Unbemittelten, abgesehen von den Freistellen zwischen (2—)7,50 M. und 12,50 M. erhoben. Einzelne der Anstalten, unter anderen z. B. die Kinderheilanstalt „Viktoriastift" in Kreuznach (s. oben), sind als mustergiltig zu bezeichnen, während bei manchen kleineren Anstalten in einzelnen Punkten Verbesserungen wünschenswert wären. Altbekannt ist auch die Rothenfelder Kinderheilanstalt, welche (z. B. im Jahre 1894 in 3 Abteilungen 309 meist skrofulöse Kinder verpflegt hat. In Rücksicht darauf, daß die Behandlungsdauer nur 31—35 Tage beträgt, scheint sie recht gute Resultate zu erzielen. Von österreichischen Heilstätten wären das Spital für Skrofulöse in Baden, die Kinderheilanstalt in Bad Hall und das Kaiser-Franz-Josef-Kinderhospiz in Sulzbach bei Ischl zu erwähnen.

Aus Frankreich sind mir Kinderheilstätten in den Solbädern von Dax und Salies-de-Béarn bekannt.

Aelter als die Kinderheilstätten in Solbädern, deren erste in Deutschland durch den gottesfürchtigen August Hermann Werner im Verfolg seiner Bestrebungen für sieche Kinder in Jagstfeld (1862) errichtet wurde, sind die Seehospize. Nachdem R. Russel zuerst (1750) auf die Bedeutung des Meeres für die Heilung der Skrofeln hingewiesen hatte, wurde 1796 das erste Seehospiz in Margate errichtet und seither wiederholt erweitert, sodaß es jetzt einen Belegraum von 250 Betten hat (Royal Sea-Bathing Infirmary for the treatment of scrofulous). Außerdem ist in England vielfach Gelegenheit zur Verpflegung von Kindern in Anstalten, die zum Teil gleichzeitig für konvalescente Erwachsene (besonders Frauen) bestimmt sind; von ihnen liegen ungefähr 33 an der Küste und zwar die hervorragendsten in Bournemouth, Eastburne, Southport, Rhyl, New-Brighton und Weymouth (nach Scheimpflug[25]).

In Frankreich wurde das erste Seehospiz im Jahre 1847 durch private Wohlthätigkeit in Cette gegründet; 1861 errichtete die Pariser Hospitalverwaltung in Berck sur Mer unmittelbar am Strande ein Seehospiz für skrofulöse Kinder, welches später in großartiger Weise erweitert wurde und jetzt zusammen mit seinen Dépendancen einen Belegraum von 734 Betten für kranke Kinder und 146 Betten für das Personal hat. Auf einer Grundfläche von 6 Hektaren erhebt es sich in Form eines nach dem Meere offenen Hufeisens, dem nach der Meeresseite zwei Gebäude für Verwaltung und Personal vorgelagert sind; in den beiden Schenkeln des Hufeisens liegen die Schlaf- und Wohnräume der Knaben bezw. Mädchen; nach hinten schließen sich auf der einen Seite die Krankenabteilung, auf der anderen die Wirtschaftsräume an; zwischen den Schenkeln des Hufeisens liegt die Badeeinrichtung und die Kapelle. Das Hospiz ist während des ganzen Jahres geöffnet. Die Behandlung der skrofulösen Kinder verwertet alle medizinischen, orthopädischen und hygienischen Hilfsmittel und wird in ihrer Dauer ausschließlich durch den Krankheitsverlauf bestimmt. Zusammen mit diesem Hospiz giebt es in Frankreich 14 Seeheilstätten, welche für skrofulöse Kinder 1756 Betten zur Verfügung haben. Sie haben ihren Centralpunkt in dem Oeuvre des Hôpitaux marins. Sie liegen z. T. am Kanal, am Ocean und am Mittelmeer und sind daher geeignet, einer durch die Krankheit gebotenen Individualisierung in der klimatischen Behandlung in weitestem Maße gerecht zu werden. Die Einrichtungskosten kommen im Mittel auf ca. 1440 M. für das Bett, die tägliche Ausgabe für den Kopf auf ca. 1,60 M.; das Pflegegeld, welches von Zahlenden erhoben wird, schwankt zwischen 1,60 und 2(—2,50) M.

In Italien fanden die Hospize einen begeisterten Apostel in Dr. Barellai, auf dessen Ruf seit dem Jahre 1862 ca. 20 Seeheilstätten mit ca. 1650 Betten (nach Cazin[28] berechnet) erstanden, die über 3500 Kinder im Sommer verpflegten; es bestehen von ihnen jetzt nur noch 16 (Badaloni[29]). Sie sind nur während des Sommers geöffnet, die Kinder bleiben 30—45 Tage; dieselben nehmen, wenn sie über 6 Jahre alt sind, meist zweimal täglich ein Bad und bleiben in ihm bis zu einer halben Stunde. Während Unbemittelte unentgeltlich aufgenommen werden, müssen Bemittelte meist 1,60 M. (ausnahmsweise selbst 2,40—3,20 M.) pro Tag zahlen. Das bedeutendste Seehospiz liegt auf dem Lido bei Venedig. Es ist auf einer Grundfläche von 4000 qm als meist einstöckiger Holzbarackenbau mit 360000 M. Kosten aufgeführt und hat Platz für 200 Kinder. Der Aufenthalt der Kinder ist von der auch sonst üblichen Dauer; in der Mehrzahl leiden die Kinder an äußeren Formen von Skrofulose; größere Operationen werden im Hospiz nicht ausgeführt.

In Belgien bestehen 2 größere Hospize, von denen das eine mit ca. 300 Betten in Middelkerke durch die Hospitalverwaltung in Brüssel, und ein zweites für 200 Kinder in Venduyne (in der Nähe von Blankenberghe) von Dr. von den Abeelen errichtet ist; beide funktionieren auch während des Winters.

Die holländischen Seehospize sind nicht ausschließlich der Skrofulose gewidmet; während dasjenige in Scheveningen (mit 100 Betten) nur Kinder aufnimmt, ist das kleinere „Badhuis" in Zandvoort für Bedürftige jeden Alters bestimmt. Ein drittes in Wyk van Zee sollte als Dépendance des Kinderkrankenhauses in Amsterdam gegründet werden (Cazin[28] p. 526).

Sehr erwähnenswert ist das Kysthospitalet zu Refsnäs in Dänemark, welches 120 Kinder während des ganzen Jahres verpflegt; es werden alle Formen der Skrofulo-Tuberkulose, selbst Augen- und Lungenleiden, ferner Rhachitis und Anämie behandelt.

Schließlich erwähnen wir noch von den ausländischen Anstalten eine russische Heilstätte in Oranienbaum (am Finnischen Meerbusen) mit 50 Betten, welches rekonvalescente, anämische und skrofulöse Kinder aus den St. Peters-

burger Kinderhospitälern und aus den Mädchenschulen der Patriotischen Gesellschaft für die Sommermonate aufnimmt (Rauchfuß[37]).

In Deutschland wurde auf Anregung des Prof. Beneke[38] im Jahre 1881 durch den späteren „Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten" die Errichtung von Seehospizen in Angriff genommen, nachdem schon schwache Ansätze zur Meeresbehandlung armer schwächlicher Kinder bestanden hatten. Das „Kaiserin-Friedrich-Seehospiz" des Vereins, welches im Jahre 1886 in Norderney eröffnet wurde und auch während des Winters in Betrieb ist, hat außer dem Verwaltungsgebäude, dem Speisesaal, dem Küchengebäude und dem Waschhaus, welche Gebäude hintereinander in der Hauptachse liegen, seitlich je 3 Pavillons (meist zweistöckig), welche für je 40 Kinder Raum bieten. Außerdem können im Verwaltungsgebäude 20 Pensionäre Unterkunft finden. Abgesondert liegen 2 Isoliergebäude für ansteckende Krankheiten (s. Fig. 6). Der Bau kostete ca. $^1/_2$ Million Mark. Zur Behandlung kommen Fälle von Skrofulose, Rhachitis, Anämie, Nerven- und Lungenkrankheiten (Lungenschwindsucht nur im Anfangsstadium). Die 3 anderen Heilstätten des Vereins in Wyk auf Föhr, Gr.-Müritz und Zoppot verfügen über 80, 70 und 40 Betten und haben nur Sommerkuren. Der wöchentliche Pflegesatz beträgt in den Hospizen des Vereins 15—20 M. für Bemittelte, 5—7,50—10 M. für Unbemittelte.

Zu diesen Anstalten kommen noch 7 weitere Seeheilstätten in Colberg, Duhnen bei Cuxhaven, Heringsdorf, Norderney, Travemünde, Wangeroog und Westerland-Sylt; in den gesamten 11 deutschen Anstalten sind im Jahre 1893 2188 Kinder mit einem Kostenaufwand von 159033 M. verpflegt worden.

In Oesterreich ist außer dem älteren Seehospiz in Grado und einem kleinen Seehospiz in Triest das in San Pelagio bei Rovigno in Istrien im Jahre 1888 eröffnete große Erzherzogin-Maria-Theresia-Seehospiz zu erwähnen. Dasselbe hat in einem dreistöckigen Gebäude 150 Betten für skrofulöse Kinder; die Verpflegungskosten betragen pro Tag und Kopf 86,4 kr. (= 1,47 M.); die Kur, welche nötigenfalls durch chirurgische Maßnahmen unterstützt wird, wird auch im Winter nicht unterbrochen und womöglich bis zur Heilung ausgedehnt.

1) **H. Neumann**, *Bronchialdrüsentuberkulose, D. med. Wochenschr.* (1893).
2) **Müller**, *Münch. med. Wochenschr.* (1889) *No.* 50.
3) **Hecker**, *Münch. med. Wochenschr.* (1894) *No.* 20.
4) *Denmark, its medical organization, hygiene and demography, Copenhagen* 1891.
5) *Preuß. Statistik* 132. *Bd.*
6) **Heller**, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 22. *Bd.* (1890).
7) **Würzburg**, *Ueb. d. Einfluß des Alters und Geschlechts auf die Sterblichk. an Lungenschwindsucht, Mitteilungen a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt* 2. *Bd.* (1884).
8) **Rabl**, *Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 27. *Bd.* (1888).
9) **Demme**, *Naturforscherversamml. in Freiburg* 1883.
10) **Epstein**, *Vierteljahrsschr. f. prakt. Heilk.* 2. *Bd.* (1879).
11) **Hutinel**, *Pariser Kongr. z. Erforschung d. Tuberkulose, Ref. nach Berl. klin. Wochenschr.* (1891).
12) **Wassermann**, *Z. f. Hyg.* 17. *Bd.* (1894).
13) **Körösi**, *Sterblichk. d. Stadt Budapest i. d. Jahren* 1882—1885, *Berlin* 1888.
14) *Der Sanitätsdienst in Berlin, Paris, London und New York, Wien* 1895.
15) **C. v. Schenckendorf** *und* **F. A. Schmidt**, *Jahrb. d. Centralausschusses z. Förderung d. Jugend- u. Volksspiele in Deutschland, Jahrg.* 1893, *Hannover-Linden* 1893.
16) **H. Schwabe** *und* **F. Bartholomäi**, *Der Vorstellungskreis der Berliner Kinder beim Eintritt in die Schule, Städt. Jahrb. f. Volkswirtschafts-Statist.* 4. *Jahrg., Berlin* 1870.
17) **P. César**, *Die Speisung armer Schulkinder, übers. und mit einer Vorrede, statist. Tabellen versehen von* **Agnes Blumenfeld**, *Berlin* 1892.
18) *VII. Kongr. f. Hygiene und Demographie, Vol.* 4, 191 *ff.*
19) **Delvaille**, *Une mission en Belgique et en Hollande, l'hygiène et l'assistance publique. Paris* 1895.
20) *Die Entstehung und Entwickelung d. Ferienkolonien (Sommerpflege) in Deutschland bis zum Schlusse d. Jahres* 1891, *Berlin* 1893.
21) *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland im Jahre* 1893, *Berlin* 1894.
22) *Verhandl. d. internat. Kongr. f. Ferienkolonien etc. in Zürich* 1888, *Hamburg-Leipzig* 1889.
23) **Cazin**, *De l'influence des bains de mer sur la scrofulose des enfants, Paris* 1885.
24) **Perrochon**, *Die ärztl. u. hygien. Inspektion d. Schulen in Paris, Z. f. Schulgesundheitspfl.* (1894) *No.* 4.
25) **Schmid-Monnard**, *Ueb. d. körperl. Entwickelung d. Ferienkoloniekinder, Z. f. Schulgesundheitspfl.* 7. *Bd.* (1894) *und Jahrb. f. Kinderh.* 37. *Bd.* (1894).
26) **Malling-Hansen**, *Perioden im Gewichte der Kinder u. d. Sommerwärme, Kopenhagen* 1886.

Aus Frankreich sind mir Kinderheilstätten in den Solbädern von Dax und Salies-de-Béarn bekannt.

Aelter als die Kinderheilstätten in Solbädern, deren erste in Deutschland durch den gottesfürchtigen August Hermann Werner im Verfolg seiner Bestrebungen für sieche Kinder in Jagstfeld (1862) errichtet wurde, sind die Seehospize. Nachdem R. Russel zuerst (1750) auf die Bedeutung des Meeres für die Heilung der Skrofeln hingewiesen hatte, wurde 1796 das erste Seehospiz in Margate errichtet und seither wiederholt erweitert, sodaß es jetzt einen Belegraum von 250 Betten hat (Royal Sea-Bathing Infirmary for the treatment of scrofulous). Außerdem ist in England vielfach Gelegenheit zur Verpflegung von Kindern in Anstalten, die zum Teil gleichzeitig für konvalescente Erwachsene (besonders Frauen) bestimmt sind; von ihnen liegen ungefähr 33 an der Küste und zwar die hervorragendsten in Bournemouth, Eastburne, Southport, Rhyl, New-Brighton und Weymouth (nach Scheimpflug[88]).

In Frankreich wurde das erste Seehospiz im Jahre 1847 durch private Wohlthätigkeit in Cette gegründet; 1861 errichtete die Pariser Hospitalverwaltung in Berck sur Mer unmittelbar am Strande ein Seehospiz für skrofulöse Kinder, welches später in großartiger Weise erweitert wurde und jetzt zusammen mit seinen Dépendancen einen Belegraum von 734 Betten für kranke Kinder und 146 Betten für das Personal hat. Auf einer Grundfläche von 6 Hektaren erhebt es sich in Form eines nach dem Meere offenen Hufeisens, dem nach der Meeresseite zwei Gebäude für Verwaltung und Personal vorgelagert sind; in den beiden Schenkeln des Hufeisens liegen die Schlaf- und Wohnräume der Knaben bezw. Mädchen; nach hinten schließen sich auf der einen Seite die Krankenabteilung, auf der anderen die Wirtschaftsräume an; zwischen den Schenkeln des Hufeisens liegt die Badeeinrichtung und die Kapelle. Das Hospiz ist während des ganzen Jahres geöffnet. Die Behandlung der skrofulösen Kinder verwertet alle medizinischen, orthopädischen und hygienischen Hilfsmittel und wird in ihrer Dauer ausschließlich durch den Krankheitsverlauf bestimmt. Zusammen mit diesem Hospiz giebt es in Frankreich 14 Seeheilstätten, welche für skrofulöse Kinder 1756 Betten zur Verfügung haben. Sie haben ihren Centralpunkt in dem Oeuvre des Hôpitaux marins. Sie liegen z. T. am Kanal, am Ocean und am Mittelmeer und sind daher geeignet, einer durch die Krankheit gebotenen Individualisierung in der klimatischen Behandlung in weitestem Maße gerecht zu werden. Die Einrichtungskosten kommen im Mittel auf ca. 1440 M. für das Bett, die tägliche Ausgabe für den Kopf auf ca. 1,60 M.; das Pflegegeld, welches von Zahlenden erhoben wird, schwankt zwischen 1,60 und 2(—2,50) M.

In Italien fanden die Hospize einen begeisterten Apostel in Dr. Barellai, auf dessen Ruf seit dem Jahre 1862 ca. 20 Seeheilstätten mit ca. 1650 Betten (nach Cazin[28] berechnet) erstanden, die über 3500 Kinder im Sommer verpflegten; es bestehen von ihnen jetzt nur noch 16 (Badaloni[89]). Sie sind nur während des Sommers geöffnet, die Kinder bleiben 30—45 Tage; dieselben nehmen, wenn sie über 6 Jahre alt sind, meist zweimal täglich ein Bad und bleiben in ihm bis zu einer halben Stunde. Während Unbemittelte unentgeltlich aufgenommen werden, müssen Bemittelte meist 1,60 M. (ausnahmsweise selbst 2,40—3,20 M.) pro Tag zahlen. Das bedeutendste Seehospiz liegt auf dem Lido bei Venedig. Es ist auf einer Grundfläche von 4000 qm als meist einstöckiger Holzbarackenbau mit 360000 M. Kosten aufgeführt und hat Platz für 200 Kinder. Der Aufenthalt der Kinder ist von der auch sonst üblichen Dauer; in der Mehrzahl leiden die Kinder an äußeren Formen von Skrofulose; größere Operationen werden im Hospiz nicht ausgeführt.

In Belgien bestehen 2 größere Hospize, von denen das eine mit ca. 300 Betten in Middelkerke durch die Hospitalverwaltung in Brüssel, und ein zweites für 200 Kinder in Venduyne (in der Nähe von Blankenberghe) von Dr. von den Abeelen errichtet ist; beide funktionieren auch während des Winters.

Die holländischen Seehospize sind nicht ausschließlich der Skrofulose gewidmet; während dasjenige in Scheveningen (mit 100 Betten) nur Kinder aufnimmt, ist das kleinere „Badhuis" in Zandvoort für Bedürftige jeden Alters bestimmt. Ein drittes in Wyk van Zee sollte als Dépendance des Kinderkrankenhauses in Amsterdam gegründet werden (Cazin[28] p. 526).

Sehr erwähnenswert ist das Kysthospitalet zu Refsnäs in Dänemark, welches 120 Kinder während des ganzen Jahres verpflegt; es werden alle Formen der Skrofulo-Tuberkulose, selbst Augen- und Lungenleiden, ferner Rhachitis und Anämie behandelt.

Schließlich erwähnen wir noch von den ausländischen Anstalten eine russische Heilstätte in Oranienbaum (am Finnischen Meerbusen) mit 50 Betten, welches rekonvalescente, anämische und skrofulöse Kinder aus den St. Peters-

burger Kinderhospitälern und aus den Mädchenschulen der Patriotischen Gesellschaft für die Sommermonate aufnimmt (Rauchfuß[37]).

In Deutschland wurde auf Anregung des Prof. Beneke[38] im Jahre 1881 durch den späteren „Verein für Kinderheilstätten an den deutschen Seeküsten“ die Errichtung von Seehospizen in Angriff genommen, nachdem schon schwache Ansätze zur Meeresbehandlung armer schwächlicher Kinder bestanden hatten. Das „Kaiserin-Friedrich-Seehospiz“ des Vereins, welches im Jahre 1886 in Norderney eröffnet wurde und auch während des Winters in Betrieb ist, hat außer dem Verwaltungsgebäude, dem Speisesaal, dem Küchengebäude und dem Waschhaus, welche Gebäude hintereinander in der Hauptachse liegen, seitlich je 3 Pavillons (meist zweistöckig), welche für je 40 Kinder Raum bieten. Außerdem können im Verwaltungsgebäude 20 Pensionäre Unterkunft finden. Abgesondert liegen 2 Isoliergebäude für ansteckende Krankheiten (s. Fig. 6). Der Bau kostete ca. $1/2$ Million Mark. Zur Behandlung kommen Fälle von Skrofulose, Rhachitis, Anämie, Nerven- und Lungenkrankheiten (Lungenschwindsucht nur im Anfangsstadium). Die 3 anderen Heilstätten des Vereins in Wyk auf Föhr, Gr.-Müritz und Zoppot verfügen über 80, 70 und 40 Betten und haben nur Sommerkuren. Der wöchentliche Pflegesatz beträgt in den Hospizen des Vereins 15—20 M. für Bemittelte, 5—7,50—10 M. für Unbemittelte.

Zu diesen Anstalten kommen noch 7 weitere Seeheilstätten in Colberg, Duhnen bei Cuxhaven, Heringsdorf, Norderney, Travemünde, Wangeroog und Westerland-Sylt; in den gesamten 11 deutschen Anstalten sind im Jahre 1893 2188 Kinder mit einem Kostenaufwand von 159 033 M. verpflegt worden.

In Oesterreich ist außer dem älteren Seehospiz in Grado und einem kleinen Seehospiz in Triest das in San Pelagio bei Rovigno in Istrien im Jahre 1888 eröffnete große Erzherzogin-Maria-Theresia-Seehospiz zu erwähnen. Dasselbe hat in einem dreistöckigen Gebäude 150 Betten für skrofulöse Kinder; die Verpflegungskosten betragen pro Tag und Kopf 86,4 kr. (= 1,47 M.); die Kur, welche nötigenfalls durch chirurgische Maßnahmen unterstützt wird, wird auch im Winter nicht unterbrochen und womöglich bis zur Heilung ausgedehnt.

1) **H. Neumann**, *Bronchialdrüsentuberkulose*, *D. med. Wochenschr.* (1893).
2) **Müller**, *Münch. med. Wochenschr.* (1889) *No.* 50.
3) **Hecker**, *Münch. med. Wochenschr.* (1894) *No.* 20.
4) *Denmark, its medical organisation, hygiene and demography, Copenhagen* 1891.
5) *Preuß. Statistik* 132. *Bd.*
6) **Heller**, *Vierteljahrsschr. f. öffentl. Gesundheitspfl.* 22. *Bd.* (1890).
7) **Würzburg**, *Ueb. d. Einfluß des Alters und Geschlechts auf die Sterblichk. an Lungenschwindsucht, Mitteilungen a. d. Kaiserl. Gesundheitsamt* 2. *Bd.* (1884).
8) **Rabl**, *Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 27. *Bd.* (1888).
9) **Demme**, *Naturforscherversamml. in Freiburg* 1883.
10) **Epstein**, *Vierteljahrsschr. f. prakt. Heilk.* 2. *Bd.* (1879).
11) **Hutinel**, *Pariser Kongr. z. Erforschung d. Tuberkulose, Ref. nach Berl. klin. Wochenschr.* (1891).
12) **Wassermann**, *Z. f. Hyg.* 17. *Bd.* (1894).
13) **Körösi**, *Sterblichk. d. Stadt Budapest i. d. Jahren* 1882—1885, *Berlin* 1888.
14) *Der Sanitätsdienst in Berlin, Paris, London und New York, Wien* 1895.
15) **C. v. Schenckendorf** *und* **F. A. Schmidt**, *Jahrb. d. Centralausschusses z. Förderung d. Jugend- u. Volksspiele in Deutschland, Jahrg.* 1893, *Hannover-Linden* 1893.
16) **H. Schwabe** *und* **F. Bartholomäi**, *Der Vorstellungskreis der Berliner Kinder beim Eintritt in die Schule, Städt. Jahrb. f. Volkswirtschafts-Statist.* 4. *Jahrg.*, *Berlin* 1870.
17) **P. César**, *Die Speisung armer Schulkinder, übers. und mit einer Vorrede, statist. Tabellen versehen von* **Agnes Blumenfeld**, *Berlin* 1892.
18) *VII. Kongr. f. Hygiene und Demographie, Vol.* 4, 191 *ff.*
19) **Delvaille**, *Une mission en Belgique et en Hollande, l'hygiène et l'assistance publique. Paris* 1895.
20) *Die Entstehung und Entwickelung d. Ferienkolonien (Sommerpflege) in Deutschland bis zum Schlusse d. Jahres* 1891, *Berlin* 1893.
21) *Die Ergebnisse der Sommerpflege in Deutschland im Jahre* 1893, *Berlin* 1894.
22) *Verhandl. d. internat. Kongr. f. Ferienkolonien etc. in Zürich* 1888, *Hamburg-Leipzig* 1889.
23) **Cazin**, *De l'influence des bains de mer sur la scrofulose des enfants, Paris* 1885.
24) **Perrochon**, *Die ärztl. u. hygien. Inspektion d. Schulen in Paris, Z. f. Schulgesundheitspfl.* (1894) *No.* 4.
25) **Schmid-Monnard**, *Ueb. d. körperl. Entwickelung d. Ferienkoloniekinder, Z. f. Schulgesundheitspfl.* 7. *Bd.* (1894) *und Jahrb. f. Kinderh.* 37. *Bd.* (1894).
26) **Malling-Hansen**, *Perioden im Gewichte der Kinder u. d. Sommerwärme, Kopenhagen* 1886.

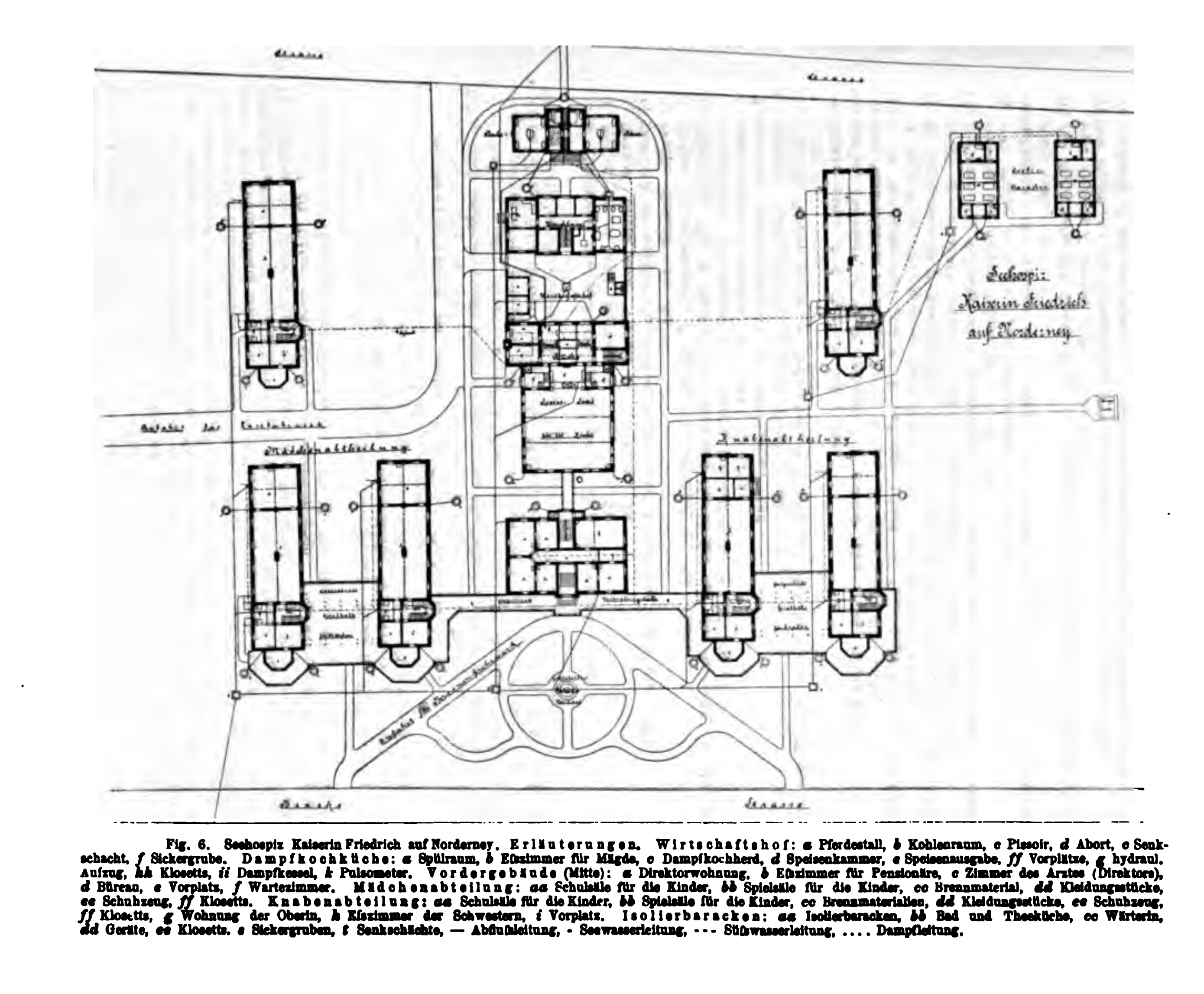


Fig. 6. Seehospiz Kaiserin Friedrich auf Norderney. Erläuterungen. Wirtschaftshof: *a* Pferdestall, *b* Kohlenraum, *c* Pissoir, *d* Abort, *e* Senkschacht, *f* Sickergrube. Dampfkochküche: *a* Spülraum, *b* Eßzimmer für Mägde, *c* Dampfkochherd, *d* Speisenkammer, *e* Speisenausgabe, *ff* Vorplätze, *g* hydraul. Aufzug, *hh* Klosetts, *ii* Dampfkessel, *k* Pulsometer. Vordergebäude (Mitte): *a* Direktorwohnung, *b* Eßzimmer für Pensionäre, *c* Zimmer des Arztes (Direktors), *d* Büreau, *e* Vorplatz, *f* Wartezimmer. Mädchenabteilung: *aa* Schulsäle für die Kinder, *bb* Spielsäle für die Kinder, *cc* Brennmaterial, *dd* Kleidungsstücke, *ee* Schuhzeug, *ff* Klosetts. Knabenabteilung: *aa* Schulsäle für die Kinder, *bb* Spielsäle für die Kinder, *cc* Brennmaterialien, *dd* Kleidungsstücke, *ee* Schuhzeug, *ff* Klosetts, *g* Wohnung der Oberin, *h* Eßzimmer der Schwestern, *i* Vorplatz. Isolierbaracken: *aa* Isolierbaracken, *bb* Bad und Theeküche, *cc* Wärterin, *dd* Geräte, *ee* Klosetts. *s* Sickergruben, *t* Senkschächte, — Abflußleitung, - Seewasserleitung, --- Süßwasserleitung, ... Dampfleitung.

27) *Pädagog.-litterar. Jahrb.* 17. *Jahrg.* (1894).
28) *Z. f. Schulgesundheitspfl.* (1894).
29) de Davila, *Spanische Ferienkolonien*, *Z. f. Schulgesundheitspfl.* 6. *Bd.* (1893) *No.* 5.
30) Max Scheimpflug, *Die exspektative und initiative Behandlung chirurg. Tuberkulose im Erzherzogin-Maria-Theresia-Seehospize von* 1888—1891, *Arch. f. Kinderh.* 15. *Bd.* (1893).
31) Lorent, *Arch. f. Kinderh.* 10. *Bd.* (1889).
32) Thorwald Eibe, *Untersuchung üb. d. gegenwärtigen Gesundheitszustand der aus dem Küstenhospital von Refsnäs von* 1876—1885 *entlassenen skrofulösen Patienten*, *Hosp. Tid.* 3. *R.* 9. *Bd.* *N.* 23, 24 (1891), *Cit. nach Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 35. *Bd.* (1893).
33) J. C. Gerner, *Das Fischerdorf Snogebäk und dessen Bedeutung für drüsenkranke Kinder*, *Refer. im Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 33. *Bd.* (1892).
34) Ch. Leroux, *L'assistance maritime des enfants et les hôpitaux marins etc.*, *Paris* 1892,
35) Max Scheimpflug, *Die Heilstätten für skrofulöse Kinder*, *Wien-Leipzig* 1887.
36) Giuseppe Badaloni, *La scrofula ed il mare*, *Milano* 1889.
37) Rauchfuſs, *Die Kinderheilanstalten*, *Gerhardt's Handb. d. Kinderkrankh.* 1. *Bd.* 2. *Abt.* (1882).
38) Beneke, *D. med. Wochenschr.* (1880) 557.

d) Infektionskrankheiten.

Allgemeines.

Fast alle akuten inneren Erkrankungen werden durch Einwanderung kleinster Lebewesen oder durch Vergiftung mit ihren Stoffwechselprodukten erzeugt; von diesen Lebewesen sind übrigens bisher nur wenige bekannt.

An dieser Stelle werden wir uns nur mit denjenigen akuten Infektionskrankeiten beschäftigen, welche durch ihr gehäuftes Auftreten öffentliche Schutzmaßregeln erfordern, und auch nur so weit, als in unseren Kulturländern das Kindesalter von ihnen in besonderem Maße bedroht ist.

Die besondere Häufigkeit, mit der das Kindesalter von gewissen Infektionskrankheiten befallen wird, hängt von ganz verschiedenartigen Umständen ab. Nur zu einem Teil sind dieselben physiologischer Natur: bei dem Neugeborenen werden z. B. durch den Geburtsprozeß Wunden gesetzt, welche der großen Gruppe der Wundinfektionen einen Angriffspunkt geben; im späteren Kindesalter hält der Rachen infolge der starken Entwickelnng seiner Lymphorgane leicht Infektionserreger fest. Zu einem anderen Teil sind es die äußeren Verhältnisse des Kindes, z. B. die häufigere und engere Berührung mit seiner lebenden und unbelebten Umgebung, welche es einer höheren Ansteckungsgefahr aussetzen. Vor allem aber hat das Kindesalter in besonders ausgedehnter Weise unter gewissen Infektionskrankheiten zu leiden, welche zunächst jedes Lebensalter befallen können, dadurch jedoch, daß nach der einmaligen Erkrankung die Empfänglichkeit dauernd erlischt, den Charakter von Kinderkrankheiten annehmen. Hat jedoch eine Person nicht, wie es gewöhnlich der Fall zu sein pflegt, Gelegenheit gehabt, sich schon in der Jugend zu infizieren, so bleibt sie auch noch während der übrigen Lebenszeit der Krankheit ausgesetzt. Im übrigen ist freilich die Frage von der Altersdisposition zu Infektionskrankheiten noch nicht ganz geklärt.

Obgleich bei der Diphtherie die persönliche Empfänglichkeit eine große Bedeutung hat und wahrscheinlich zu einem großen Teil durch den Zustand der Nasenrachenorgane bedingt wird, scheint doch auch bei ihr die vorzugsweise Beteiligung des Kindesalters z. T. durch die erworbene

Immunität der späteren Jahrgänge veranlaßt zu sein. Im Gegensatz zu der verbreiteten Anschauung von einer andauernden Disposition zu Diphtherie scheint es (Feer[1], Nil Filatow[2]), daß mit dem einmaligen Ueberstehen der echten, durch Löffler's Bacillus verursachten Diphtherie gewöhnlich eine dauernde Immunität für sie erworben wird und daß sich die Erwachsenen sehr häufig im Besitz dieser Immunität befinden (Wassermann[11]). Es würde sich also in dieser Richtung die Diphtherie ebenso wie Keuchhusten, Masern, Scharlach, Pocken und andere Krankheiten verhalten.

Die Bedeutung der Infektionskrankheiten läßt sich nach der Häufigkeit ihres Auftretens, der Nachwirkungen und des tödlichen Ausganges bemessen. Für den letzteren haben wir die zuverlässigsten Angaben.

Die Todesfälle an den hauptsächlichen Infektionskrankheiten — Pocken, Scharlach, Masern, Röteln, Diphtherie und Krup, Keuchhusten — geben zusammengenommen eine Zahl, welche nur noch von den Todesfällen, welche durch Tuberkulose und durch Altersschwäche eintreten, übertroffen wird. Von den tödlichen Fällen jener Infektionskrankeiten fallen, wie die preußische Statistik zeigt, nur vereinzelte außerhalb des Kindesalters; nur bei den Todesfällen an Pocken, welche früher das Kindesalter außerordentlich beteiligten, fällt jetzt in einzelnen Ländern aus später zu erwähnenden Gründen der größte Teil auf das spätere Lebensalter. Die Bedeutung der einzelnen Infektionskrankheiten für die allgemeine Sterblichkeit ist nach Zeit und Ort erheblichen Schwankungen unterworfen; es pflegen in den meisten Kulturstaaten die Diphtherie und der Keuchhusten am stärksten zu wüten und nach ihnen erst die Masern und der Scharlach zu kommen.

Im Verhältnis zu 10000 Einwohnern starben im Durchschnitt der Jahre 1887—1892 (nach Bodio[3])

in	überhaupt	an Pocken	Masern	Scharlach	Diphtherie und Krupp	Keuchhusten
Frankreich (nur Städte mit mehr als 20000 Einwohnern)	254,85	2,30	5,18	3,10	6,66	1,78
England	190,55	0,11	4,68	2,31	2,91	4,44
Schottland	192,03	0,02	4,65	2,03	4,18	6,38
Irland	180,45	0,01	2,01	1,22	2,37	2,90
Deutschland (nur Städte mit über 15 000 Einw.)	234,06	0,04	2,80	2,15	?	?
Oesterreich	283,15	4,43	5,36	5,57	?	9,77
Schweiz	234,56	0,06	1,53	1,22	?	1,98
Italien	267,52	3,86	6,17	2,99	7,05	3,54
Belgien	200,68	1,52	6,20	1,62	?	6,07
Holland	202.85	0,02	3,93	0,38	3,66	3,12
Schweden	163,63	0,01	2,30	3,69	5,20	1,65

Die Größe der Verluste hängt z. T. von der Zahl der erkrankungsfähigen Individuen ab, und diese bestimmt sich einerseits durch den Schutz, welchen eine frühere Durchseuchung hinterlassen hat, andererseits durch die Zahlenbesetzung der am meisten gefährdeten Altersklassen. Ist z. B. durch eine im übrigen günstige Sterblichkeit die Zahl der kleinen Kinder, welche stets am meisten gefährdet sind, beim Eintritt einer Epidemie verhältnismäßig groß, so werden der letzteren um so mehr erliegen müssen (s. z. B. Filatow[2] für die Diphtherie).

Mag man die absoluten Zahlen nehmen oder die Todesfälle auf die im gleichen Alter Lebenden beziehen, so sind es immer die ersten 3,

höchstens 4 Lebensjahre, welche die meisten Toten liefern. Hierbei steht der Keuchhusten in einem gewissen Gegensatz zu den drei anderen Infektionskrankheiten, insofern bei ihm das erste Lebensjahr am stärksten beteiligt ist, das bei den anderen Krankheiten gegenüber den folgenden Jahren zurücktritt. Ebenso wie von der genannten Infektionskrankheit sind die ersten Lebensjahre auch von den Pocken und der Cholera am stärksten bedroht. Spätestens mit dem dritten bis vierten Lebensjahr hat die Sterblichkeitszahl bei allen Infektionskrankheiten ihren Höhepunkt erreicht, um dann einen deutlichen, verschieden schnell eintretenden Rückgang zu zeigen.

Leider gestattet weder die preußische noch die von Feer[1]) angeführte schweizerische noch die von Viggo Bendz[4] gegebene dänische Statistik das dritte Lebensjahr mit dem vierten zu vergleichen.

Hingegen sehen wir, daß z. B.[5] in Paris starben im Jahre 1889 und 1890:

an	im 1.	2.	3.	4.	5.	6.—11.	11.—15	und späteren Jahren
Blattern	54	16	7	7	4	3	2	128
Masern	680	1071	454	240	122	135	13	30
Scharlach	28	45	48	43	48	84	27	75
Keuchhusten	431	274	131	93	46	44	0	0
Diphtherie und Kroup	247	685	754	682	504	694	73	100

Die Lebensgefahr ist bei den verschiedenen Infektionskrankheiten an und für sich sehr verschieden und schwankt außerdem auch bei der gleichen Krankheit nach dem Charakter der einzelnen Epidemie, wobei die Größe der Epidemie keineswegs im Verhältnis zu ihrer Schwere zu stehen braucht. Es läßt sich daher aus den Sterblichkeitszahlen kein Rückschluß auf die Erkrankungshäufigkeit machen. Letztere ist überhaupt, da bei sehr verbreiteten Infektionskrankheiten die leichteren Fälle nur selten zur ärztlichen Kenntnis kommen, nicht ganz genau festzustellen.

Wir geben aus Schweden, einem Lande mit hochentwickelter Medizinalstatistik, Zahlen, welche einen ungefähren Ueberblick über das freilich ziemlich schwankende Verhältnis zwischen Erkrankung und Sterblichkeit geben[6] (p. 383): es wurden dort im Jahre 1891 als krank (bez. gestorben) gemeldet an Pocken 8 (bez. 1), an Masern 25840 (bez. 1193 = 4,6 Proz.), an Scharlach 8994 (bez. 1188 = 13,2 Proz.), an Keuchhusten 9583 (bez. 365 = 3,8 Proz.), an Diphtherie und Krupp 5853 (bez. 1548 = 26,5 Proz.). Auch in New York scheint der Meldezwang ziemlich streng durchgeführt zu werden[7]: es wurden dort als krank gemeldet im Jahre 1890 bez. 1891 an Pocken 5 bez. 21 (mit 2 bez. 2 Toten), an Masern 9544 bez. 11980 (mit 7,6 bez. 5,5 Proz. Mortalität), an Scharlach 3087 bez. 7442 (mit 13,2 bez. 16,0 Proz. Mortalität), an Diphtherie 4250 bez. 4874 (mit 21,0 bez. 27,9 Proz. Mortalität).

Es sind bei den Infektionskrankheiten, die wir im Auge haben, ungefähr die ersten 5 Jahre, welche die größte Erkrankungszahl liefern, und zwar wieder mit dem Unterschied, daß der Keuchhusten schon im 1. Lebensjahr heftig einsetzt, während Masern, mehr noch Diphtherie und am meisten Scharlach dasselbe schonen; diese drei Krankheiten wüten im 3.—5. Lebensjahre im allgemeinen am heftigsten.

Im besonderen erkrankten an Diphtherie auf 1000 Lebende der gleichen Altersklasse (mit Abrundung auf die erste Decimale):
a) in Leipzig im Jahre 1884/85 (nach Heubner[8]) und
b) in Breslau in den Jahren 1886—1890 (nach Flügge):

im Jahre	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8	9.	10.	11.	12.	13.	14.	15.
a)	5,8	18,0	30,9	32,9	36,6	30,9	31,2	21,4	20,4	19,9	10,9 (11.—15.)				
b)	4,3	17,2	26,5	25,5	22,7	23,4	18,7	18,5	10,5	8,2	4,4	5,2	4,4	2,3	1,8

Es würde sich also hiernach aus einem Vergleich der am häufigsten bei den Todesfällen und Erkrankungen betroffenen Lebensjahre ergeben, daß der Keuchhusten am häufigsten im 1.—2. Lebensjahre ist und im 1. Jahr am meisten Opfer fordert; die drei anderen Krankheiten haben in dem 1. bez. 2. Lebensjahr eine verhältnismäßig sehr bedeutende Sterblichkeit, während sie in den nächsten 2—3 Jahren an Häufigkeit noch zunehmen, an Gefährlichkeit jedoch schon etwas nachlassen. Wenn von ungefähr dem 5. Lebensjahr an die Lebensbedrohung allgemein schnell noch weiter abnimmt, so ist für die Masern freilich daran zu erinnern, daß sie selbst in den Jahren, in denen sie seltener unmittelbar zum Tode führen, durch das Entfachen tuberkulöser Prozesse Gesundheit und Leben sehr gefährden.

Innerhalb des Kindesalters wächst nach den ersten 5 Jahren nicht nur infolge der Durchseuchung der Schutz vor den Infektionskrankheiten, sondern auch zu einem Teil dadurch, daß die Disposition für die Krankheiten an und für sich abnimmt. Freilich kommt diese verminderte Empfänglichkeit selbst bei älteren Kindern nur erst wenig zur Geltung.

Die Empfänglichkeit für Masern — keine Durchseuchung vorausgesetzt — dürfte im ganzen Kindesalter ziemlich gleichmäßig sein (Biedert[10]), während für Keuchhusten, Scharlach und Diphtherie ältere Kinder schon etwas weniger empfänglich zu sein scheinen. Es ist zweifelhaft, ob im allgemeinen die geringere Erkrankungshäufigkeit der ersten sechs Lebensmonate nicht mehr auf mangelnde Infektionsgelegenheit als Erkrankungsfähigkeit zurückzuführen ist. Die Verhältnisse der individuellen Disposition sind überhaupt noch nicht genügend bekannt und würden sich nur genauer bei einer Bevölkerung erforschen lassen, welche zum ersten Male und in gleichmäßiger Weise einer Seuche ausgesetzt ist. Hier pflegt aber gerade die Verschiedenheit in der Disposition gewöhnlich nur wenig ausgeprägt und die Empfänglichkeit überhaupt eine viel allgemeinere und stärkere als bei uns zu sein. Es fragt sich daher, ob die bei uns scheinbar von selbst vorkommende Herabsetzung der Disposition etwa auf eine Immunisierung durch eine unbekannt bleibende Erkrankung zu beziehen ist (vgl. Wassermann's Untersuchung über die natürliche Immunität bei Diphtherie[11]).

Der Vorgang der Ansteckung läßt in mehrfacher Richtung eine Vorbeugung möglich erscheinen. Die Ansteckung kommt in der Weise zustande, daß der betreffende Krankheitskeim auf einem bestimmten Weg in den Körper des Menschen dringt und in diesem die Möglichkeit des Wachstums findet; sie ist daher unmöglich, wenn der

Keim, welcher sie erzeugt, nicht vorhanden ist oder, zwar vorhanden, keine Gelegenheit findet, auf dem ihm vorgezeichneten Weg einzudringen oder aber durch sein Eindringen nicht mehr imstande ist, krankhafte Veränderungen im Körper zu erzeugen. Die Vorbeugung hat diese drei Möglichkeiten in Betracht zu ziehen und bedient sich, je nach dem Stande unserer Kenntnisse über die verschiedenen Infektionskrankheiten, mehr des einen oder des anderen Weges. Die Schutzimpfung, welche den Körper seuchenfest macht, werden wir bei der Vorbeugung der Pocken kennen lernen, den Abschluß der Infektionspforte bei den Wundkrankheiten, die Vermeidung der ansteckenden Berührung bei einer Gruppe, in der wir Keuchhusten, Masern, Scharlach und Diphtherie zusammenstellen.

Besonderes.

α) Wundinfektionskrankheiten.

Die Trennung des Kindes von der Mutter setzt bei dem einen wie der anderen eine Wunde, welche den ansteckenden Keimen eine bequeme Eingangspforte bietet. Solange man über die Natur der Infektionskrankheiten noch in völligem Dunkel war, hat infolgedessen die Wundinfektion unzählige Mütter und Kinder dahingerafft. Vor allem geben die Berichte aus Anstalten uns ein Bild davon, wie gefährlich dem Neugeborenen Nabelentzündungen und -eiterungen und die vom Nabel ausgehenden Blut- und Eitervergiftungen wurden; wie andererseits dieselben Berichte besonders deutlich die Thatsache erkennen lassen, daß die letzten zwei Jahrzehnte mit ihren medizinischen Errungenschaften eine außerordentliche Besserung auch in dieser Richtung herbeigeführt haben (Epstein[12]).

Während die Infektion der Neugeborenen mit Entzündungserregern, welche immerhin auch jetzt noch häufig, wenngleich weniger oft tödlich ist, des genaueren nicht erörtert werden soll, wäre allerdings einer anderen, sehr bösartigen Nabelinfektion hier noch Erwähnung zu thun. Dieselbe verläuft unter dem Bilde des Starrkrampfes und wird durch den Tetanusbacillus hervorgerufen. Daraus, daß sich dieser Bacillus hauptsächlich auf dem Boden — besonders in der Erde — findet, ergiebt sich schon, daß er nur bei grober Unreinlichkeit auf die Nabelwunde gelangen kann. In der That kommt Starrkrampf der Neugeborenen nur bei wilden oder nicht kultivierten Völkern — infolge unzweckmäßiger Gebräuche — in einer endemischen Weise vor. [Auf einer schottischen Insel starben in den 80er Jahren z. B. von 125 Kindern 84 an Starrkrampf (Labonne[13]]. Aber er ist andererseits auch unter den günstigsten Kulturverhältnissen noch nicht ganz ausgerottet; in Berlin kamen z. B. 1889—1892 411 Todesfälle zur Anmeldung.

Von dieser Krankheit aus, welche bei einiger Sauberkeit mit Sicherheit vermieden werden kann, eröffnet sich ein Ausblick auf die Mängel der Säuglingspflege, welche auch jetzt noch überall in mehr oder weniger schlimmer Weise anzutreffen sind.

Die Maßnahmen, um den Wundinfektionskrankheiten der Neugeborenen vorzubeugen, ergeben sich von selbst in der folgenden Richtung: unausgesetzt sind die Bemühungen dahin zu richten, den Hebammenstand mit den Grundsätzen medizinischer Reinlichkeit

theoretisch und praktisch vertraut zu machen; durch Vermittelung der Hebammen oder auch noch auf anderen Wegen müssen die gleichen Grundsätze in das Laienpublikum dringen. Freilich können sie hier nur zur Anwendung kommen, wenn das Kind nicht in den allerschlimmsten häuslichen Verhältnissen das Licht der Welt erblickt: wo es unter der engsten räumlichen Beschränkung der nötigen Pflege entbehrt, wo sich mangels Mittel nicht die geringste Sauberkeit durchführen läßt, wird es oft schwer sein, einer Wundinfektion vorzubeugen. Es sind daher für das Wohl des Säuglings die Bestrebungen zur besseren Pflege von Wöchnerinnen (s. oben) ebenso wichtig, wie für die Wöchnerin selbst.

β) Pocken.

Die Empfänglichkeit für die Pocken und der dauernde Schutz vor ihnen durch einmalige Erkrankung besteht ganz ähnlich wie bei den Masern; infolgedessen sind ebenso wie die letzteren auch die Pocken dort, wo ihre Ausbreitung nicht gehindert wird, eine ausgesprochene Kinderkrankheit (siehe z. B. Hufeland[14]). Im Gegensatz zu den Masern gehören oder — richtiger — gehörten freilich die Pocken nicht nur zu den verbreitetsten, sondern auch zu den gefährlichsten Infektionskrankheiten, so daß sie zahllose Todesfälle nach sich zogen und die Ueberlebenden siech machten oder zum mindesten entstellten.

Nur schwer kann man sich heute noch von der Furchtbarkeit der Pockenkrankheit ein richtiges Bild machen, so daß das unsterbliche Verdienst Jenners, des Erfinders der Schutzpockenimpfung (1796) kaum noch in seiner ganzen Größe zu ermessen ist (vergl. auch Kußmaul[15]). Jenner fand, daß das zufällige Ueberstehen der Kuhpocken vor den Menschenpocken schützt und führte, hierauf fußend, die Einimpfung der ersteren zum Schutz vor den wahren Pocken ein. Diese vorbeugende Methode steht noch heute — wenigstens in der Menschenheilkunde — einzig da. Erst die letzten Jahre haben uns das wissenschaftliche Verständnis für die Art ihrer Wirksamkeit näher gerückt; durch das Ueberstehen der Kuhpocken dürfte der Körper in einer solchen Weise beeinflußt, im besonderen mit solchen Schutzstoffen imprägniert werden, daß die Entwickelung des Pockenkeimes hier ebensowenig vor sich gehen kann, wie in einem Körper, in dem die echte Pockenerkrankung ähnliche oder vielleicht sogar gleiche Schutzstoffe gebildet und zurückgelassen hat.

Die Schutzblatternimpfung (Vaccination) unterscheidet sich von der z. B. gegen Diphtherie in den letzten Jahren vorgeschlagenen Impfung dadurch, daß bei der letzteren der Schutzstoff fertig eingeführt, bei der Vaccination hingegen erst im Körper durch die Vaccinekrankheit gebildet wird. Im letzteren Fall ist die Schutzkraft eine stärkere und dauert daher länger als bei der Einführung eines fertigen Schutzstoffes. Andererseits entwickelt sie sich aber nicht in der gleichen Stärke, wie bei der Erkrankung an echten Pocken. Die Schutzkraft, welche durch Schutzpockenimpfung gewonnen wird, hält nur ungefähr 10 Jahre an. Alsdann ist eine erneute Vaccination nötig.

Es kann hier nicht unsere Aufgabe sein, die Bedeutung der Schutzimpfung für Vorbeugung und Verlauf der Pocken ausführ-

lich zu erhärten. Wir fassen nur kurz (nach Körösi[16]) die Hauptbeweise zusammen.

Der historische Beweis zeigt die plötzliche und dauernde Abnahme der Blattern mit dem Augenblick der Einführung der Schutzimpfung; besonders exakte Daten haben wir hierfür aus Schweden. Der geographische Beweis vergleicht ganze Länder sowie einzelne Großstädte mit und ohne Schutzimpfung; auch zieht er entsprechende Bevölkerungsgruppen in Vergleich. Wir erwähnen aus diesem Kapitel nur, daß in Deutschland, welches Impfzwang hat, im Gegensatz zu seinen Nachbarländern nur ganz vereinzelte Pockentodesfälle vorkommen (z. B. im Jahre 1889 0,43 auf 100000 Einwohner), und auch diese Fälle meist (von 200 175) nur in den Grenzbezirken unmittelbar durch Einschleppung des Giftes von auswärts veranlaßt werden. Außer dem geographischen und historischen Beweis, welche nur indirekt den Nutzen der Vaccination darthun, kann man die folgenden direkten Beweise führen: von dem geimpften Teil einer Bevölkerung erkrankten weniger an Pocken als von dem ungeimpften, was sich freilich bisher nur vereinzelt für kleine Bevölkerungskreise darthun ließ. Sehr schlagend zeigt der Vergleich der gut geimpften Armeen mit den schlecht geimpften, wie bei den ersteren überhaupt weniger an Pocken erkranken und sterben; unter den trotz der Vaccination Erkrankten kommen nur wenige Todesfälle vor; in der deutschen Armee ist die Blatternsterblichkeit auf 0 gesunken. Durch Berücksichtigung des Impfzustandes an einem großen Kranken- und Totenmaterial konnte Körösi[16] zeigen, daß für die Nichtgeimpften die Gefahr, an Blattern zu erkranken, eine dreifach größere sei als für die Geimpften, sowie ferner, daß für die ungeimpften Blattern*kranken* die Gefahr, an Blattern zu sterben, eine sechsfach größere als für die geimpften Blatternkranken ist.

Wenn hiernach die Bedeutung der Impfung für die Verhütung der Pocken als hinreichend erwiesen gelten kann, so fragt es sich, ob der Staat daraufhin über den Einzelnen einen Impfzwang verhängen soll. Man hat sich vielfach hierzu um so mehr entschlossen, als die Impfung des Einzelnen nicht nur in seinem unmittelbaren Interesse liegt, sondern auch „das Geimpftsein der Umgebung den relativen Schutz erhöht, welchen der Einzelne gegen die Pockenkrankheit erworben hat, und die Impfung demnach nicht nur einen individuellen, sondern auch einen allgemeinen Nutzen in Bezug auf die Pockengefahr gewährt“ (No. 6 der Kommission bei Schulz[17]).

So lange die Pockengefahr vom Auslande droht, ist sie mit einiger Sicherheit nur durch zwangsweise unterschiedslose Impfung und Wiederimpfung fernzuhalten: die Notwendigkeit und den Vorteil der Zwangsimpfung zeigt ein Vergleich der in den einzelnen europäischen Staaten bestehenden Verhältnisse; ein Zweifel könnte nur über die Häufigkeit, mit der der Einzelne zu impfen ist, obwalten.

Zum ersten Male wurde in Bayern (1807) der *Impfzwang* vorgeschrieben; augenblicklich besteht er in Deutschland (seit 1874), Schweden (seit 1816), England, Schottland und Irland, Ungarn, Dänemark, Rumänien sowie in den französischen Kantonen und dem kleineren Teil der deutschen Kantone der Schweiz, ferner in Japan und in einzelnen südamerikanischen Staaten (Schulz[17]). Andere Länder haben nur einen *indirekten* Impfzwang, indem sie die Aufnahme in öffentliche Schulen und Erziehungsanstalten, die Armenunterstützung, die Zulassung zur

Konfirmation und zur Trauung, den Eintritt in ein Lehrlingsverhältnis oder ins Militär und dergl. von der Beibringung einer Impfbescheinigung abhängig machen.

Die Pocken befallen am stärksten das erste Lebensjahr, obgleich in ihm das erste Quartal noch ziemlich verschont bleibt, und verlaufen hier am ungünstigsten (50 und mehr Proz. Sterblichkeit) (Hufeland[14], Körösi[16], Kussmaul[15]). Es ist daher, was den zweckmäßigen Zeitpunkt betrifft, die möglichst frühe Vornahme der Impfung dringend angezeigt. Aus zahlreichen Experimenten (u. a. von Gast und von M. Wolff) ist es zudem bekannt, daß schon Neugeborene die Vaccination leicht überstehen.

In der That sind in England und (seit 1890) auch in Egypten die Kinder in den ersten 3 Lebensmonaten, in Schottland und Irland in den ersten 6 Lebensmonaten, in Italien spätestens in dem Sonnenhalbjahr, welches auf die Geburt folgt, dem Impfzwange unterworfen. In Ungarn, Rumänien und Japan muß jedes Kind im 1. Lebensjahr, in Deutschland vor dem Ablauf des nach seinem Geburtsjahr folgenden Kalenderjahres, in Schweden und Kanton Wallis vor Ende des 2. Lebensjahres geimpft sein, während Dänemark bis zum 7. Lebensjahre Frist giebt.

Da die Schutzkraft der Impfung, wie erwähnt, nur ungefähr 10 Jahre anhält, so wäre nach dieser Zeit eine erneute Impfung vorzunehmen.

Die Revaccination erfolgt daher in Rumänien im Alter von 10 Jahren, in Italien zwischen dem 10. und 11. Jahre, in Frankreich vor dem 10. Jahre, in Ungarn im 12. Lebensjahre und in Deutschland innerhalb des Kalenderjahres, in welchem das Kind das 12. Lebensjahr zurücklegt. Wohl der einzige Staat mit wiederholter Revaccination ist Japan, wo nach der Erstimpfung im 1. Lebensjahre 2 Revaccinationen nach je 5—7 Jahren angeordnet sind. Wenn man im allgemeinen mit einer einmaligen Revaccination auskommt, so ist dies nur dadurch möglich, daß infolge des Impfzwanges die Pocken als Epidemie verschwinden und damit die Infektionsgelegenheit für die Personen, welche einen Teil ihrer Empfänglichkeit allmählich wieder gewonnen haben, nur eine geringe ist.

Die Impfung muß ihren Zweck unter möglichst geringer Schädigung der Gesundheit erreichen. Es darf daher, wenigstens in Deutschland, die Impfung nur durch einen Arzt vorgenommen werden; bei kranken Kindern schiebt man die Impfung auf; bei dem Impfakt selbst ist die Gelegenheit einer Schädigung, insbesondere durch Ansteckung mit Kinderkrankheiten zu vermeiden; durch größte Sauberkeit sucht man einer Wundinfektion an der Impfstelle vorzubeugen. Um die Uebertragung einer Krankheit (im besonderen der Syphilis) von einem Impfling auf den anderen auszuschließen, wird der Impfstoff nicht mehr von geimpften Kindern, sondern von Tieren entnommen; zudem wird der Gesundheitszustand der letzteren (Kälber) nach der Entnahme durch Schlachten festgestellt. Wo der Impfzwang eingeführt ist, wird die Impfung unentgeltlich durch öffentlich angestellte Aerzte ausgeführt. (Bezüglich der genauen Impfvorschriften s. Schulz[17].)

γ) Masern, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten.

Während bei den Pocken die Hygiene ihren zweifellos glänzendsten Triumph feiert, ist es mit der Vorbeugung der anderen epidemischen Infektionskrankheiten, die das Kindesalter bedrohen, noch schlecht bestellt. Wir können hier den Körper auf keine Weise unempfänglich gegen den Infektionsstoff machen. Wenn das Kindesalter für die Masern in 5—14 Proz., für den Keuchhusten in 9 Proz., für den Scharlach in 36 Proz. (Johannessen[18] p. 206) bis 42 Proz. (Biedert[10] p. 94), für Diphtherie vielleicht noch öfter unempfänglich zu sein scheint, so kennen wir doch die Ursache hiervon nicht und können sie nicht künstlich erzeugen.

Wir wissen nicht einmal von vornherein, welches Individuum von Natur unempfänglich ist, und müssen darum ein jedes Kind als gefährdet ansehen, sobald es Gelegenheit hat, mit dem ansteckenden Stoff in Berührung zu kommen. Höchstens können wir einzelne Kinder als besonders gefährdet bezeichnen: Masernkinder neigen gleichzeitig zu Keuchhusten; Kinder mit chronischen Nasenrachenerkrankungen und damit einhergehender Behinderung der Nasenatmung neigen vielleicht stärker zu Diphtherie.

Die Unempfänglichkeit für Diphtherie ist (nach Wassermann u. A.) zum Teil aus Immunisierung durch eine oft nicht bekannt gewordene diphtherische Erkrankung zu erklären. Man kann Immunität gegen Diphtherie auch künstlich — vorläufig aber nur auf kurze Zeit — erzeugen.

Man ist daher bei der Prophylaxe der Infektionskrankheiten wesentlich darauf angewiesen, den Infektionserreger von dem gefährdeten Individuum fern zu halten. Um in dieser Richtung zielbewußt vorzugehen, müssen wir feststellen, auf welchem Wege der Infektionsstoff den kranken Körper verläßt, unter welchen Bedingungen und an welchen Stellen er sich in der Außenwelt erhält und unter welchen Verhältnissen er wiederum in den gesunden Körper gelangen kann.

Diese Fragen sind erst dann mit der wünschenswerten Genauigkeit zu beantworten, wenn man den Krankheitskeim selbst kennt und seine Lebensbedinguugen erforscht hat. Von den Krankheiten, die uns hier beschäftigen, ist letzteres jedoch bisher nur für die Diphtherie der Fall.

Der Klebs-Löffler'sche Diphtheriebacillus läßt sich meist bei den Fällen epidemischer Diphtherie nachweisen und erscheint uns — was wir hier nicht zu begründen haben — durch seine biologischen, im besonderen auch pathogenen Eigenschaften genügend sicher als Erreger der Diphtherie und des echten Krups gekennzeichnet. Die Rachenbeläge, welche nicht durch ihn verursacht werden und darum als diphtheroide bezeichnet werden, sind freilich in den epidemiologischen Forschungen bisher nicht von den echten Diphtheriefällen zu sondern; sie sind übrigens verhältnismäßig selten, meist gutartig und daher von geringerer Bedeutung.

Uebertragung der Ansteckung.

Im Gegensatz zu anderen Infektionskrankheiten, z. B. der Cholera, vermehren sich die Ansteckungsstoffe derjenigen Krankheiten, die uns hier beschäftigen, nur innerhalb des menschlichen Körpers; nur ausnahmsweise und vorübergehend werden sie auf Nahrungsmitteln (z. B. der Diphtheriebacillus in Milch) vegetieren. Wäre es möglich, die ansteckenden Keime nach ihrem Austritt aus dem Körper regelmäßig unschädlich zu machen, so müßten Scharlach, Masern, Keuchhusten, Diphtherie in kürzester Zeit aussterben. Solange dieses Endziel nicht erreicht ist, steht die Möglichkeit neuer Erkrankungen bei empfänglichen Personen in geradem Verhältnis zu der Anzahl Infektionskranker und zu der Verbreitung und Konservierung der von ihnen abgesonderten Infektionsstoffe in der Außenwelt.

Auf welchem Wege und wie lange sondert der Kranke den Infektionsstoff ab? Der erste Teil der Frage beantwortet sich dahin, daß vor allen Dingen die aus Nase und Mund entleerten Absonderungen ansteckend sind; für die Masern kommt noch die Absonderung der entzündeten Bindehaut hinzu; für Scharlach die sich im Verlauf der Krankheit ablösenden Hautschuppen. Die Ansteckungsfähigkeit beginnt mit dem ersten Stadium der Erkrankung, welches den typischen Krankheitserscheinungen vorausgeht. Dieses Vorläuferstadium beträgt bei Scharlach höchstens 24 Stunden, bei Diphtherie vielfach noch kürzere Zeit, während es sich bei den Masern auf 3—5 Tage, bei dem Keuchhusten auf 1—3 Wochen erstreckt. Da während dieser Zeit die Krankheit gewöhnlich noch nicht erkannt wird, so läßt sich hier am schwersten eine Ansteckung der Umgebung vermeiden; am meisten trifft dies für die Masern und den Keuchhusten mit ihrem längeren Prodromalstadium zu. Wann der Kranke aufhört, ansteckend zu sein, ist nicht immer genau zu bestimmen: während bei den Masern mit dem Abklingen des Ausschlags auch die Gefahr für die Umgebung aufhört, ist dies bei dem Scharlach erst der Fall, wenn die Abschuppung beendet ist, was nach spätestens 6—8 Wochen der Fall sein dürfte. Die Ansteckungsfähigkeit des Keuchhustens erlischt mit dem Ablauf der Krankheit — ein Zeitpunkt, der sich freilich nur selten scharf kennzeichnet. Gegenüber diesen Krankheiten verhält sich in ganz besonderer Weise die Diphtherie, insofern die Ansteckungsfähigkeit der von ihr befallenen Person den Krankheitsprozeß noch lange überdauern kann.

Es läßt sich dies exakt feststellen, indem man untersucht, wie lange der Diphtheriebacillus noch nach der Gesundung in den Sekreten (vor allem des Rachens und des Mundes) nachweisbar bleibt. In dieser Richtung zeigt z. B. eine Statistik aus New York (Welch[19]), daß der Diphtheriebacillus in 43,2 Proz. 3 Tage, in 26,7 Proz. 5 7 Tage und in weiteren 27,9 Proz. 3 Wochen nach dem völligen Verschwinden der Membran nicht mehr nachweisbar war, hingegen sich in einzelnen Fällen noch länger — sogar bis 7 Wochen — hielt; allerdings war er hierbei nie mehr so zahlreich wie während der Krankheit vorhanden.

Während man bei ausgesprochener Erkrankung wenigstens von dem Augenblick an, wo man sie erkannt hat, versuchen kann, einer weiteren Ansteckung entgegenzuwirken, läßt sich bei den abortiven Fällen, die ohne charakteristische Symptome verlaufen, infolge mangelnder Erkenntnis der Krankheit oft überhaupt nichts zur Vorbeugung thun; solche Fälle können den Krankheitsstoff umsomehr verbreiten, als die Betreffenden sich unter Umständen durch die

Krankheitserscheinungen nicht einmal in ihrer freien Bewegung gehindert fühlen.

Besonders deutliche Beispiele liefert die Diphtherie, obgleich es auch beim Scharlach und Keuchhusten nicht daran fehlt. Die verschiedensten Formen der Halsentzündung bis hinab zur einfachen katarrhalischen Form können durch den Diphtheriebacillus veranlaßt sein und insofern unter Umständen durch Ansteckung Diphtherie selbst in den schlimmsten Formen erzeugen.

Hiernach ist, um es zu wiederholen, eine Verschleppung der Krankheit durch die Kranken bei Masern und Keuchhusten besonders im Prodromalstadium, bei Scharlach und Diphtherie in der Rekonvalescenz, außerdem überhaupt durch abortive Formen zu befürchten.

Wir kämen jetzt zu der zweiten Frage: Wie lange bleibt der Infektionsstoff außerhalb des Kranken infektionstüchtig und wo findet er sich? Seine Lebensfähigkeit hängt zum Teil von äußeren Verhältnissen ab: Austrocknung und Belichtung beschleunigen sein Absterben, während er sich in kühlen, feuchten und dunklen Räumen länger konservirt.

Es ist dies besonders für den Diphtheriebacillus erwiesen, der sich unter den letztgenannten Verhältnissen — in dumpfigen und dunklen Kellern, auch, wie es scheint, in neuen, noch nicht ausgetrockneten Häusern — Monate lang erhalten kann. Noch viel widerstandsfähiger ist das Scharlachgift, welches unter besonderen Umständen sich selbst jahrelang (z. B. in Kleidern) infektionstüchtig halten kann. Hingegen stirbt das Masern- und Keuchhustengift in der Außenwelt regelmäßig schnell ab.

Zu der unter normalen Verhältnissen immerhin beschränkten Lebensdauer der Ansteckungsstoffe kommt als weiteres Moment, welches die Ansteckungsgefahr ganz wesentlich vermindert, die Thatsache, daß dieselben nicht flüchtiger Natur sind. Die Ansteckungsstoffe haften immer an gröberen Dingen — am Körper, an den Sekreten, an toten Gegenständen, vor allem an Staub und Schmutz verschiedener Art — und können sich daher nur ganz vorübergehend in der Luft frei schwebend erhalten, keinenfalls sich aber mit Luftströmungen weiter verbreiten. Nicht einmal das Keuchhustenkontagium, das sich vielleicht noch am leichtesten in der Luft schwebend erhalten kann, vermag in ein benachbartes Zimmer einzudringen, solange die Verschleppung durch Personen verhindert wird (Russow[20], p. 304). Da der Ansteckungsstoff nicht in der Luft enthalten zu sein pflegt, werden die gefährdeten Personen meist nicht gleichzeitig angesteckt, auch wenn sie gemeinsam die Luft eines infizierten Raumes atmen.

Besondere Verhältnisse von größter Wichtigkeit bestehen für den Verbleib des von dem Kranken abgesonderten Diphtheriebacillus. Zunächst findet er sich ebenso wie die noch unbekannten Erreger der anderen Infektionskrankheiten an den verschiedensten Stellen in der Umgebung des Kranken (er wurde z. B. in einer Diphtherieabteilung an den Schuhen und im Haar der Krankenwärterinnen und auf der Scheuerbürste des

Saales gefunden [Welch[19]); ferner gelangt er aber auch gelegentlich in den Mund der mit dem Kranken verkehrenden Personen und kann sich hier längere Zeit erhalten. Park (bei Welch[19]) untersuchte den Hals von 48 gesunden Kindern, die in 14 Familien in enger Gemeinschaft mit Diphtheriekranken lebten, und fand in 50 Proz. giftige Diphtheriebacillen; 40 Proz. von letzteren zeigten später — in wechselnder Schwere — Zeichen von Diphtherie; in Familien mit guter Isolierung der Kranken hatten hingegen die gesunden Kinder in weniger als 10 Proz. der Fälle im Halse Bacillen.

Unter Umständen ist der Weg, den die Diphtheriebacillen nehmen, um von dem Kranken in den Mund des Gesunden zu kommen, nicht mehr erkenabar, sodaß auch ganz unvermutet bei Gesunden Diphtheriebacillen gefunden werden. Immerhin fanden Park und Beebe bei 330 Personen; welche nicht direkt mit Diphtherie in Berührung gekommen waren, den giftigen Diphtheriebacillus nur 8 mal, ausserdem einen nicht giftigen, aber sonst charakteristischen Bacillus 24 mal. Von den ersten 8 Fällen betrafen aber 5 Kinder einer Bewahranstalt, in der ab und zu echte Diphtherie vorgekommen war, und ein Fall stammte aus einem Haus, in dem vor 3 Wochen ein Krupfall gewesen sein sollte; von den 8 Kindern bekamen 2 nach einigen Tagen Diphtherie.

Der Weg, auf dem die Ansteckung zu stande kommt, kann nach dem Gesagten sehr verschieden sein. Der kürzeste und bei den uns beschäftigenden Krankheiten sicherste Weg ist die unmittelbare Ansteckung durch Berührung des Kranken und seiner Absonderungen, während der Krankheitsprozeß noch besteht. Mittelbar kann die Ansteckung stattfinden, indem infizierte Gegenstände in der nächsten Umgebung des Kranken berührt werden, oder in schon etwas weitläuftigerer Weise, indem von Gesunden oder durch tote Gegenstände (z. B. Eßwaren, Kleidung, Wäsche, Spielzeug) der Ansteckungsstoff zunächst auf größere Entfernung verschleppt wird, bevor er von neuem eine Infektion verursacht.

Bei Masern und Keuchhusten ist bei der Kurzlebigkeit des Ansteckungsstoffes eine Verschleppung nur ausnahmsweise möglich, während sie bei Scharlach und Diphtherie nicht selten ist; hier erfolgt sie unter Umständen auch durch die genesenen Kranken selbst. Am verwickeltsten sind aber jedenfalls die Infektionswege bei der Diphtherie, insofern hier der den toten Gegenständen anhaftende Bacillus gelegentlich in den Mund Gesunder kommen und dort sich vermehren kann, um von dort aus von neuem in die Außenwelt zu gelangen. Immerhin sind doch auch hier der Verschleppung natürliche Grenzen gesetzt, insofern der Diphtheriebacillus im Munde Gesunder sich immer nur spärlich findet und in der Außenwelt bei seinem Mangel an Dauerformen und seiner Empfindlichkeit gegenüber physikalischen und chemischen Einflüssen sowie gegenüber konkurrierenden Fäulniskeimen meist kein langes Dasein fristet.

Die ansteckenden Krankheiten verbreiten sich hauptsächlich nach zwei Typen. In dem einen Fall ergreift die Ansteckung von dem ersterkrankten Kinde aus nacheinander, seltener auch in gleichzeitiger Häufung die ansteckungsfähigen Mitglieder der Familie; von hier aus verbreitet sie sich auf die Nachbarskinder, die mit der ersten Familie in engem örtlichen Verkehr stehen, auf die Kinder

des gleichen und der benachbarten Häuser, mit denen die Kinder der erst oder später erkrankten Familie auf dem Hof und der Straße zusammen spielten. So kommt eine Epidemie in einem Hause oder einem Häuserblock zustande, und von hier aus fliegt früher oder später der Funken der Infektion durch einen Zufall in eine andere disponierte Personengruppe.

Ein zweiter Infektionstypus wird durch die Ansteckung in der Schule gegeben. Ein masern- oder keuchhustenkrankes Kind besucht im Vorläuferstadium der Krankheit die Schule, ein Scharlachkind kommt vor Ablauf der Abschuppung, ein Diphtheriekind vor gänzlichem Verlust der Diphtheriebacillen wieder zum Unterricht, oder es haftet den gesunden Geschwistern der Kranken das Scharlach- oder das Diphtheriegift gelegentlich des Schulbesuches an, oder aber es leiden Kinder an einer abortiven Form der einen oder anderen Krankheit, welche zu keiner Unterbrechung des Schulbesuchs Veranlassung giebt: in allen diesen Fällen kann der Ansteckungskeim innerhalb der Schule auf dieselbe Weise wie auch sonst auf andere gesunde Kinder übertragen werden, und diese geben ihrerseits wieder im Vorläuferstadium ihrer Krankheit (also besonders bei Masern und Keuchhusten) zu weiteren Ansteckungen Gelegenheit. Am häufigsten verbreitet sich die Ansteckung durch die Schule dann, wenn die Ansteckungsgefahr überhaupt nicht (wie in den abortiven Fällen) oder wenigstens zunächst nicht (wie bei Masern und Keuchhusten) zu vermuten ist. Zieht man gleichzeitig die Ansteckungsfähigkeit des Kontagiums und den Häufigkeitsgrad einer früheren Durchseuchung in Betracht, so begreift man leicht, daß unter den Infektionskrankheiten, welche durch die Schule verbreitet werden, die Masern an erster Stelle stehen. Körösi[21] hat für Pest nachweisen können, daß das Minimum der Marsernerkrankunken in den Jahren 1881 bis 1891 regelmäßig in die großen Ferien fiel und mit der Wiedereröffnung der Schule im September regelmäßig das allmähliche Anschwellen der Masernepidemien Hand in Hand ging. (Aehnliche Beobachtung von Munro[22] in England.) Aber selbst, wo die Abhängigkeit einer Epidemie vom Schulbesuch nicht deutlich nachweisbar ist, kann die Schule sehr wohl den Ansteckungsstoff den verschiedenen Herden, in denen er sich später ausbreitet, zugeführt haben.

Es besteht nun eine eigentümliche Verschiedenheit bezüglich der Häufigkeit, mit der die wohlhabende und ärmere Bevölkerung von den Schul- und den Hausepidemien betroffen wird. Die Wohlhabenderen schützen ihre Kinder im vorschulpflichtigen Alter in jeder Weise vor Gesundheitsschädigungen; insbesondere schränken sie den Umgang mit gleichalterigen Kindern ein; bei infektiöser Erkrankung eines Kindes gelingt es häufiger, der Ansteckung der Geschwister vorzubeugen. Daher werden diese Kinder erst mit dem Eintritt in die Schule durch den Umgang mit Altersgenossen der Infektionsgefahr ausgesetzt, der sie nunmehr in großer Zahl erliegen.

Ganz anders bei der ärmeren Bevölkerung: hier kommen schon die jüngeren Kinder untereinander in Haus und Hof in lebhafteren Verkehr, und bei Erkrankung eines Kindes greift die Infektion — mangels ausreichender Absonderung — schnell auf die übrigen Kinder über; es sind daher die Schulkinder in größerer Zahl schon durchseucht, und die nicht durchseuchten Kinder laufen in der Schule vielleicht noch geringere Gefahr der Ansteckung als zu Hause, wo sie mit kranken Altersgenossen

unter Umständen in zwanglosem Verkehr stehen (Biedert[10], Heubner[8], Flügge[9]).

In England ist dieser Gegensatz besonders deutlich; so waren z. B. beim Vergleich von 2 Schulen in der einen, in welche die Kinder aus ungünstigeren Verhältnissen kamen, als sie zu ca. 9 Jahren eintraten, ca. 67 Proz. schon durchmasert, während in einer privaten Boarding-school, in welche Kinder gut situierter Familien in einem Alter von ca. $10^1/_2$ Jahren eintraten, ohne eine andere Schule vorher besucht zu haben, nur 35 Proz. Masern gehabt hatten (Shelly[23]).

Wir hätten schließlich noch diejenigen Umstände zu erwähnen, welche die Uebertragung des Ansteckungsstoffes auf Gesunde begünstigen. Schon die theoretische Erwägung lehrt und die Erfahrung bestätigt es, daß Ordnung und Reinlichkeit der Konservierung und Verschleppung des Ansteckungsstoffes hinderlich sein müssen, und daß in dem Maße, als die Gefährdeten dem Infektionsherd fern gehalten werden, die Ansteckungsgefahr für sie geringer wird. Wo hingegen in engen und unsauberen Wohnungen infektionsfähige Individuen zusammengedrängt sind, werden die Erkrankungen zahlreich und oft auch besonders bösartig sein.

Besonders bei der Diphtherie tritt der Einfluß ungünstiger Wohnungsverhältnisse deutlich zu Tage, weil sich der Bacillus bei Abschluß von Luft und Licht bei genügender Feuchtigkeit an toten Gegenständen länger hält, weil Erkrankte und Gesunde ihn im Munde an und für sich länger konservieren und weil ein ungünstiges Wohnungsklima die Disposition zur Diphtherie zweifellos erhöhen kann. Kein Wunder, daß im Winter, wo das Zusammenleben ein engeres, der Aufenthalt in der Wohnung für die Kinder die Regel, die Lüftung und Belichtung der Wohnung verringert ist, die Diphtherie zuzunehmen pflegt. Es kommt hinzu, daß der häufige Wohnungswechsel der ärmeren Klassen, mit dem nicht eine Erneuerung der Wohnräume einherzugehen pflegt, eine Verstreuung des Diphtheriekeimes innerhalb ganzer Quartiere ungemein begünstigt (Feer[24]) und der beim Wegzug einer Partei in der Wohnung verbleibende Bacillus unter den neuen Mietern häufiger noch nicht erkrankte und daher für ihn disponierte Individuen finden wird.

Die eben angedeuteten Lebensverhältnisse stehen in engster Abhängigkeit von den sozialen Verhältnissen. Im besonderen ist es wieder die Armut — und zwar viel mehr als klimatische und meteorologische Verhältnisse — welche die Diphtheriehäufigkeit bestimmt.

Da gerade bei der Diphtherie diese Beziehung häufig verkannt wird, so erwähnen wir beispielsweise, daß in Breslau, wo sonst auf 1,87 steuerfreie Familien 1 steuerzahlende kommt, unter den von Diphtherie befallenen Familien das Verhältnis wie 3,08 : 1 war, und daß eben dort sich eine deutliche Beziehung zwischen hoher Wohnungsdichtigkeit und hoher Diphtheriefrequenz nachweisen ließ (Flügge[9]).

Für Masern, Scharlach und Keuchhusten ist der Einfluß der Armut nicht ebenso gut zu belegen. Immerhin erwähnten wir schon oben, daß bei den Wohlhabenden die Ansteckung — besonders an Masern — in höherem Kindesalter zustande zu kommen pflegt, so daß schon hierdurch die Sterblichkeit bei ihnen verhältnismäßig geringer sein muß.

Die Beweisführung Körösi's[25 26] dafür, daß die infektiösen Krankheiten bei Wohlhabenden sogar intensiver als bei Armen auftreten, ist, wie schon Gruber[27] und Flügge[9] (p. 448 ff.) zeigen, eine irrtümliche.

Soweit die Wohnungsdichtigkeit mit der Wohlhabenheit in Beziehung gesetzt werden darf, läßt sich der Einfluß der letzteren auch auf die Masern, weniger auf den Scharlach und die Diphtherie aus der New Yorker Statistik[7] (p. 228) ersehen: es starben hier im Jahre 1891 von 1000 Personen, welche Häuser bewohnten,

	an Diphtherie u. Krup	Masern	Scharlach
mit weniger als 20 Mietern	1,16	0,26	0,76
„ 20 und weniger als 40 Mietern	1,28	0,29	0,63
„ 40 „ „ „ 60 „	1,22	0,44	0,78
„ 60 „ „ „ 80 „	1,32	0,45	0,98
„ 80 „ „ „ 100 „	1,44	0,49	0,94
„ 100 und mehr Mietern	1,08	0,49	1,01

Jedenfalls steht für alle uns hier beschäftigenden Infektionskrankheiten (einschließlich der Pocken) fest, daß die unbemittelten Kreise der absoluten Zahl nach das Hauptkontingent stellen.

Mittel zur Vorbeugung.

Die große Verbreitung der Infektionskrankheiten bedeutet an und für sich eine empfindliche Schädigung des Volkswohles; ihr entsprechend wächst außerdem die Gefahr, welche der gesunden, noch nicht durchseuchten Bevölkerung droht. Es bildet daher die Bekämpfung der Infektionskrankheiten eine der bedeutungsvollsten Aufgaben der Gesundheitspflege; bei den bezüglichen Maßnahmen muß man stets im Auge behalten, daß die ärmsten Kreise am stärksten von der Ansteckung bedroht werden und die übrige Bevölkerung mit Ansteckung bedrohen, und daher nur von Maßnahmen, welche die Vermögens- und Bildungsverhältnisse der zunächst Beteiligten praktisch berücksichtigen, ein Erfolg zu erwarten ist.

In dem Maße, als durch ärztliche Maßnahmen der Eintritt der Infektion seltener und ihre Dauer kürzer wird, müssen die Bemühungen, welche gegen die epidemische Ausbreitung gerichtet sind, erfolgreicher werden. Für die hier in Betracht kommenden Krankheiten hat die medizinische Wissenschaft bisher nur für die Diphtherie ein Spezifizium gefunden; es ist zu hoffen, daß, je mehr sich seine Anwendung vervollkommnet und verallgemeinert, die Diphtherie aufhören wird, die furchtbarste Seuche des Kindesalters zu sein.

Bei der Unterdrückung der ansteckenden Krankheiten sind die ansteckend Erkrankten (a), die einer Ansteckung Verdächtigen (b) und die beweglichen und unbeweglichen toten Gegenstände (c), an denen der Ansteckungsstoff haftet oder haften könnte, in Rücksicht zu ziehen.

(a) Damit der Kranke die Ansteckung nicht verbreite, ist vor allen Dingen die Thatsache festzustellen, daß er an einer ansteckenden Krankheit leidet. Hierzu bedarf es, besonders im Anfang der Krankheit, einer ärztlichen Besichtigung. Je leichter und je billiger ärztliche Hilfe zu beschaffen ist, um so häufiger wird eine ansteckende Krankheit festgestellt werden, und um so häufiger werden sich Maßregeln

gegen ihre Verbreitung treffen lassen. Besonders wichtig wird die Feststellung, wenn sich ansteckende Kranke inmitten von disponierten Kindern aufhalten: in überfüllten Wohnungen mit großer Kinderzahl, in stark bevölkerten Quartieren, in geschlossenen Kinderverpflegungs- und Erziehungsanstalten, in Krippen, Kinderbewahranstalten und Kindergärten und schließlich in den Schulen. Die schnelle Erkennung einer Infektionskrankheit ist um so wichtiger, je jünger die ansteckungsfähigen Kinder sind.

Soweit die ärztliche Entscheidung nicht zu beschaffen ist, muß man das Urteil von Laien gelten lassen, welches sich übrigens — z. B. bei den Vorständen von Anstalten, Krippen etc. sowie bei den Lehrern — durch hygienischen Unterricht schärfen läßt. Im allgemeinen wird man vom Laien nur die Feststellung einer Erkrankung, nicht jedoch ihre Erkennung verlangen können. Es genügt dies auch in der Regel, sobald grundsätzlich kein akut krankes Kind innerhalb einer größeren Kinderschar geduldet wird. Freilich ist nicht zu verkennen, daß selbst die einfache Konstatierung des Krankseins bei Kindern oft schwer ist; leichtere Halsaffektionen lassen sich z. B. oft nur durch Besichtigung des Halses entdecken, wofür der Laie erst besonders einzuüben wäre.

Die Behörde hat behufs Einleitung von Vorbeugungsmaßregeln ein Interesse daran, jeden Erkrankungsfall zu erfahren. Es ist dies nur durch den Meldezwang zu erreichen, der den behandelnden Aerzten, sowie den Familien- oder Hausvorständen auferlegt wird. Nur bei sorgfältiger Kontrolle des Anzeigewesens und gleichzeitiger Vermeidung unnötiger Belästigung ist es möglich, die Befolgung der bezüglichen Vorschrift zu erreichen; durch schnelle und ausgedehnte Benutzung der Meldungen im öffentlichen Interesse muß die Zweckmäßigkeit des Meldezwanges dem ärztlichen und Laienpublikum klar gemacht werden.

Nach der Feststellung einer ansteckenden Krankheit ist das Wesentliche ihre Absonderung: bei nur vorübergehender Ansammlung von Kindern wird das Kind weggeschickt, in geschlossenen Anstalten in entfernter gelegenen Räumen verpflegt. Am schwersten ist die Absonderung in Familien durchzuführen, wo man nur unter sehr günstigen Verhältnissen für das kranke Kind einen besonderen Raum und eine besondere Verpflegung verfügbar machen oder die noch gesunden Kinder aus der Wohnung entfernen kann; gewöhnlich verhindern dies die häuslichen Verhältnisse, oft auch fehlt der gute Wille, eine Trennung durchzuführen. So kommt es, daß bei den Unbemittelten die Kinder von den kranken Genossen zuweilen gerade dadurch am besten ferngehalten werden, daß man sie in die Schule schickt. Unter solchen Verhältnissen ist eine wirkliche Isolierung meist nur durch Verbringung in ein Krankenhaus zu erreichen.

Dieser Ausweg wird freilich verhältnismäßig sehr selten eingeschlagen — sei es aus Abneigung gegen die Krankenhausbehandlung, sei es aus Scheu vor den Kosten — und kann auch in der That den Angehörigen nur dort dringend empfohlen werden, wo die gefährdeten gesunden Kinder noch sehr jung sind, oder wie bei der Diphtherie, die Krankheit wegen ihrer Gefährlichkeit, um jeden Preis einzudämmen ist. Voraussetzung ist hierbei, daß die Krankenhäuser dem zahlenmäßigen und dem sachlichen

Bedürfnis entsprechen; im besonderen muß durch Quarantäne- und Isoliervorrichtungen die möglichst große Sicherheit gegeben sein, daß die Anhäufung verschiedener Infektionskrankheiten in einer Anstalt nicht zu wechselseitigen Infektionen geradezu Anlaß giebt.

(b) Nach dem Kranken verdient seine Umgebung die größte Aufmerksamkeit: Geschwister, Spielgenossen, Mitschüler der kranken Kinder sind als krankheitsverdächtig anzusehen, soweit Umgang während der Ansteckungsfähigkeit stattfand.

Von dem Augenblick der Ansteckung bis zum Ausbruch von Krankheitserscheinungen verstreicht eine gewisse Zeit, die je nach der Krankheit verschieden lang ist; dieser Zeitraum (das Inkubationsstadium) beträgt für Masern 10—11 Tage, für Scharlach 3—4 Tage (schwankend zwischen wenigen Stunden und ungefähr 12 Tagen), für Pocken ca. 9—14 Tage, für Diphtherie 7—8 Tage (schwankend zwischen 1 Tage und einigen Wochen). Dies Stadium ist bei Pocken, Scharlach und Diphtherie dadurch scheinbar erheblichen Schwankungen unterworfen, daß bei der Haltbarkeit des Ansteckungsstoffes eine gewisse Zeit nach seiner Ausscheidung durch den Kranken verstreichen kann, bis er den Gesunden, dem er anhaftet, infiziert. Beim Keuchhusten sind die Angaben über das Inkubationsstadium u. A. deshalb so schwankend — wenige Stunden bis 12 Tage — weil der Beginn des Keuchhustens sich selten genau angeben läßt.

Während des Inkubationsstadiums sind die verdächtigen Kinder nur so weit ansteckend, als sie den Krankheitsstoff, den sie von dem Kranken übernommen haben, noch an sich herumtragen. Da der Masern- und Keuchhustenstoff schnell abstirbt, ist daher im Inkubationsstadium eine Ansteckung nicht zu fürchten; bei Pocken, Scharlach und Diphtherie nur so weit, als die Kinder — besonders wenn sie mit dem Ansteckungsherd in Berührung bleiben — Ansteckungsstoff verschleppen können. Hiernach wäre bei den letzten Krankheiten die krankheitsverdächtige Umgebung so lange zu isolieren (also auch vom Schulbesuch auszuschließen), als eine Verschleppung des Ansteckungsstoffes durch sie möglich ist. Bei Diphtherie läßt sich im besonderen die Uebertragungsfähigkeit durch den infizierten Speichel bakteriologisch kontrollieren und die Infektionsfähigkeit im Einzelfall feststellen.

Es ist unter Anwendung dieser Kontrolle möglich geworden, in Kranken- und Findelhäusern (s. Hutinel[28]) die infektionsfähigen, wenn auch noch gesunden Kinder rechtzeitig zu erkennen und durch ihre Isolierung der bisher unvermeidbaren Ausbreitung der Krankheit innerhalb der Anstalt endgiltig ein Ziel zu setzen.

Wäre es möglich, beim ersten Eintritt des Vorläuferstadiums der Krankheit den Verkehr zu unterbrechen, so brauchte im übrigen — bei Ausschluß einer mittelbaren Uebertragung des Infektionsstoffes — das Inkubationsstadium als solches keine Veranlassung zur Isolierung zu geben; es würde z. B. bei Masern- und Keuchhustenverdacht genügen, mit Beginn katarrhalischer Erscheinungen zu isolieren. Es setzt dies aber eine sorgfältige, womöglich ärztliche Ueberwachung des Gesundheitszustandes voraus. Fehlt diese Ueberwachung, so ist es daher zu empfehlen, alle Kinder, bei denen der Verdacht einer Infektion besteht, unterschiedslos von ihren Altersgenossen zu trennen.

Um ihnen eine besondere Aufmerksamkeit zuwenden und eventuell ihre Isolierung veranlassen zu können, muß man zunächst die infektionsverdächtigen Kinder überhaupt kennen.

Bei gut geregeltem Anzeigewesen ist dies nicht undurchführbar. Hier werden die Vorstände aller Anstalten, in denen Kinder zusammenkommen, über die infizierten Häuser bez. Familien auf dem Laufenden gehalten. Andererseits werden diese Vorstände die Sanitätsbehörde durch Mitteilung der bei ihren Zöglingen vorkommenden Infektionskrankheiten unterstützen.

Aus gesundheitlichen Rücksichten wird eine Schließung von Anstalten nur dann in Frage kommen, wenn die Anstalt selbst einen Infektionsherd darstellt, wenn also unter den Zöglingen einer geschlossenen Anstalt oder unter den Bewohnern eines Schulgebäudes Infektionskrankheiten vorkommen, deren strenge Isolierung nicht möglich ist. Um den Schluß einer offenen Schule zu vermeiden, ist es nötig, daß infektionsverdächtige Schüler nur zugelassen werden, wenn sie — abgesehen von Masern und Keuchhusten — von ihren angesteckten Geschwistern getrennt sind, oder wenn letztere sowie auch ihre Umgebung nicht mehr infektiös sind. In der Schule selbst ist eine tägliche Ueberwachung des Gesundheitszustandes — durch die Lehrer und in zweiter Linie durch den Schularzt — nötig, um die Kinder im Beginn des Vorläuferstadiums sofort zu entfernen. Diese Ueberwachung ist selbst dann nicht zu entbehren, wenn man die Geschwister infizierter Kinder während der höchsten für das Inkubationsstadium bekannten Zeitdauer ausschließt.

Kinder mit Krankheitserscheinungen, besonders mit Katarrhen der Nase, des Halses und der Luftwege, sind sofort zu entfernen. Die Schulklassen -- um nur einiges aus der Schulhygiene herauszugreifen, soweit sie für die Infektionskrankheiten von Bedeutung ist — dürfen nicht überfüllt sein; sie müssen täglich sorgfältig gereinigt werden; die Lüftung muß reichlich sein, aber so erfolgen, daß die Kinder nicht den aufgewirbelten Staub einatmen. Die Kinder sollten Waschgelegenheit finden; die Reinheit des Körpers und der Kleider ist beim Eintritt in die Schule zu prüfen; unsaubere Kinder sind zurückzuweisen, bei geringerer Unsauberkeit läßt sich durch Waschen in den Waschräumen der Schule abhelfen. Speisen dürfen nur nach sorgfältiger Reinigung der Hände verzehrt werden. Werden alle diese Bedingungen erfüllt — und es ist dies sehr wohl möglich — so dürfte ein vollkommener Schluß der Schule kaum je nötig werden.

Von der gegenseitigen Ansteckung der Kinder abgesehen, kann, wenn auch seltener, auch auf Erwachsene und von ihnen wiederum auf die Kinder die Infektion übergehen, und zwar besonders bei denjenigen Krankheiten, welche, wie Keuchhusten, Scharlach, Diphtherie, noch am ehesten auch bei Aelteren zur Beobachtung kommen. Die Vorbeugung ergiebt sich nach dem früher Gesagten. Eine Verschleppung des Krankheitsgiftes (z. B. durch Aerzte) kommt zwar zweifellos vor, ist aber bei der größeren Sauberkeit der Erwachsenen und ihrer weniger engen Berührung mit der Umgebung ungemein selten.

(c) Wir kommen schließlich zu den Maßnahmen, welche gegen die Verbreitung der Infektion durch bewegliche und unbeweg-

liche infizierte Gegenstände zu treffen sind. Wir hatten schon früher die natürliche Desinfektion durch Trockenheit, Wärme und Licht erwähnt; wenn das Masern- und Keuchhustenkontagium hierdurch schon in sehr kurzer Zeit zerstört werden, so gehen bei genügend langer Einwirkung doch auch die widerstandsfähigeren Keime anderer Infektionskrankheiten zu Grunde. Die zweite einfache Art von Desinfektion besteht in der mechanischen Entfernung der Infektionskeime durch Abreiben, Abseifen etc. Hiermit kommen wir bei den weniger gefährlichen und widerstandsfähigen Infektionskeimen aus; hierher rechnen außer Masern, Keuchhusten noch u. a. die Röteln, der Mumps, die Windpocken, die Influenza. Bei Diphtherie, Pocken und Scharlach (mindestens den bösartigen Formen des Scharlachs) ist eine methodische Desinfektion der Wohnung und ihres toten Inhalts vorzuziehen. Wie eine solche vorgenommen wird, braucht an dieser Stelle nicht beschrieben zu werden, ebensowenig braucht hier darauf hingewiesen zu werden, daß sie, um von den Unbemittelten freiwillig und genügend in Anspruch genommen zu werden, billig oder unentgeltlich sein muß.

Wichtig ist es, den richtigen Zeitpunkt für die Reinigung bez. Desinfektion zu wählen: zu frühe Desinfektion ist nutzlos und zu späte Desinfektion nur dann ohne Schaden, wenn bis zu ihrer Vornahme die Isolierung durchgeführt war. Im besonderen ist die Desinfektion bei Diphtherie unwirksam, wenn sie vorgenommen wird, bevor die Diphtheriebacillen aus dem Munde der Kranken sowie der übrigen Mitbewohner verschwunden sind. Auf Mißachtung dieser Thatsache ist wohl die häufig beobachtete Erkrankung bisher gesunder Kinder nach der Desinfektion zurückzuführen.

Der Verschleppung von Ansteckungskeimen durch infizierte Milch (bei Diphtherie und Scharlach?) ist durch sanitätspolizeiliche Ueberwachung der Milchwirtschaften vorzubeugen (s. früher).

Wir teilen nunmehr, soweit sie unser Interesse beanspruchen, die Maßnahmen mit, die einzelne Staaten zur Verhütung der Infektionskrankheiten — besonders der Kinderkrankheiten — getroffen haben; wir können freilich hierbei nicht verschweigen, daß die Vorschriften häufig auf dem Papier stehen, ohne mit einiger Regelmäßigkeit und Entschiedenheit in die Praxis übersetzt zu werden.

Die in Amerika zur Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten getroffenen Einrichtungen sind in den einzelnen Großstädten verschieden. Wir schildern die New Yorker Einrichtungen [1]. Es besteht hier eine ausgedehnte und streng durchgeführte Meldepflicht. Unmittelbar nach der Meldung stellt der „Diagnostician"-Arzt die Natur der Krankheit fest und benachrichtigt das Bureau des Gesundheitsamtes, wenn er es für nötig hält oder Familie und Arzt die Ueberführung in das Krankenhaus wünschen. Hierauf begiebt sich der Medical Sanitary Inspector des Distriktes in die Wohnung des Erkrankten, stellt etwaige Mängel derselben fest (deren Abstellung weiterhin angeordnet wird) und sucht die Quelle der Ansteckung aufzufinden. Auf Postkarten, welche zu diesem Zweck gedruckt sind, benachrichtigt er die Vorsteher von Schulen, welche von infektionsverdächtigen Kindern besucht werden. (Im Jahre 1891 fanden z. B. 14 307 derartige Benachrichtigungen statt.) Kein solches Kind darf in die Schule wieder zugelassen werden, bis ihm eine amtliche Erlaubnis hierzu ausgestellt ist, was erst nach einer gewissen Zeit und nach Desinfektion der Wohnräume geschieht. Eine Liste aller Kinder (mit Wohnungsangabe), bei denen Infektionsverdacht vorliegt, wird außerdem täglich dem Er-

ziehungsamt zugestellt; ebenso auch bei Entsendung der Kinder in die Ferienkolonien den Leitern derselben. Sehr bemerkenswert ist die methodische Bekämpfung der Diphtherie durch das Gesundheitsdepartement. Jeder Arzt kann durch die Behörde in bequemster und schnellster Weise mittels bakteriologischer Untersuchung über die Richtigkeit seiner Diagnose aufgeklärt werden; aber außerdem wird an und für sich bei einem jeden Krankheitsfall nach seiner gesetzlich gebotenen Meldung — wenn kein ärztlicher Gegengrund besteht — durch die beamteten Aerzte die bakteriologische Untersuchung veranlaßt. Auch der Rachen der gesunden Personen in einem infizierten Haushalt wird bakteriologisch untersucht. „Keine Person, die an Diphtherie gelitten hat, darf als nicht ansteckend betrachtet werden, bis die bakteriologische Untersuchung gezeigt hat, daß das Rachensekret keine Diphtheriebacillen mehr enthält; bis dahin müssen alle Fälle in Pensionen, Hotels und Mietshäusern isoliert und unter Beobachtung bleiben. Die Desinfektion der Räume wird nicht ausgeführt, bis die Untersuchung die Abwesenheit der Bacillen gezeigt hat.“ Vom Mai 1893—1894 wurden 5611 Fälle, in denen Verdacht auf Diphtherie bestand, bakteriologisch untersucht (Welch[19]).

Die Public Health (London) Act 1891[29] beschäftigt sich sehr eingehend mit der Vorbeugung folgender ansteckender Krankheiten: Pocken, Cholera, Diphtherie und Krupp, Erysipel, Scharlach, Typhus, Recurrens, Flecktyphus, Puerperalfieber; nach Bedarf treten hierzu noch andere ansteckende Krankheiten. Die Anzeigepflicht fällt auf das Familienhaupt oder statt seiner auf die anwesenden Verwandten oder jeden, der mit dem Kranken zu thun hat, oder schließlich auf den Hausverwalter. Außerdem hat der behandelnde Arzt auf einem Formular den Fall (gegen Honorar) dem Medical Officer of health des Distrikts anzumelden, welcher seinerseits die Meldung innerhalb 12 Stunden u. a. an den Schulvorsteher weiterzugeben hat, dessen Schule etwa der Kranke selbst oder Mitbewohner des Hauses besuchen. — Die Gesundheitsbehörde muß Einrichtungen zur Desinfektion treffen und, wenn die Reinigung oder Desinfektion eines Hauses ärztlich für nötig erklärt wird, dieselbe unentgeltlich ausführen, soweit dies der Besitzer nicht selbst thun will; währenddessen sind die Bewohner anderweitig unterzubringen; der durch die Desinfektion entstandene Sachschaden ist zu ersetzen. Es darf nicht ohne vorgängige Desinfektion ein Raum, in dem in den letzten 6 Wochen ein Mensch mit ansteckender Krankheit gewohnt hat, vermietet werden. Keiner, der an einer ansteckenden Krankheit leidet oder der die Fürsorge für eine solche Person hat, darf durch Aufenthalt an öffentlichen Plätzen, in Läden u. s. w. oder durch Verkauf, Versendung etc. infizierter Gegenstände oder in seinem Beruf der Verbreitung der Krankheit Vorschub leisten. Auf die besonderen Bestimmungen, welche die Verbreitung der Infektion durch Milch verhüten sollen, gehen wir nicht genauer ein. — Wir erwähnen ferner folgende Punkte aus einem Rundschreiben der englisehen Regierung[30] (p. 358). Vor allem bei Scharlach, Masern, Diptherie, Keuchhusten, Pocken und Röteln sind die erkrankten Kinder vom Unterricht auszuschließen; die Schließung der Schule soll nur stattfinden, wenn in einer großen Zahl von Familien der erste Fall ein Schulkind betrifft, die Familien außerdem weit getrennt leben und nur ihre Kinder in dieselbe Schule schicken. Der Lehrer ist von dem Medizinalbeamten von der infektiösen Erkrankung eines Schülers möglichst schnell zu benachrichtigen, und ebenso sollen umgekehrt die Lehrer den Medizinalbeamten Mitteilung machen. Die Lehrer sollen zur Zeit von Epidemien auf Krankheitssymptome bei den Kindern achten und letztere ausschließen, bis der Arzt eine bestimmte Erklärung abgegeben hat.

In Frankreich ist jeder Arzt, Wundarzt und Hebeamme (Gesetz vom 21. Juli 1881 betr. Prophylaxis ansteckender Krankheiten) zur Anzeige der folgenden Krankheiten an den Sous-préfet oder Maire (auf Formular) verpflichtet: Typhus abdominalis, Typhus exanthematicus, Pocken, Scharlach, Diphtherie, Cholera und chloleriforme Krankheiten, Dysenterie, infektiöse Augenerkrankung der Neugeborenen etc.[31]. Der Lehrer hat von jedem infektiösen Erkrankungsfall an die Behörde Meldung zu machen[32] (p. 521). Aus der Schule ist jedes mit einer Infektionskrankheit behaftete Kind auszuschließen, und nach dem Dafürhalten des Inspektionsarztes hat sich diese Maßregel auch auf die Geschwister des kranken Kindes und selbst auf alle Kinder aus demselben Hause zu erstrecken. Ueberhaupt ist jedes fiebernde Kind sofort aus der Schule zu entfernen bez. im Krankenzimmer des Internats unterzubringen. Die Hygiene in der Schule wird durch genaue Anordnungen angestrebt. Auch die Reinlichkeit der Kinder ist bei ihrem Erscheinen in der Schule zu überwachen. Jedes Kind muß sich nach jeder Pause, bevor es die Klasse wieder betritt, die Hände waschen. — Es wird der Familie des kranken Kindes (im Falle des Schulschlusses einer jeden Familie) eine Belehrung über die gegen die Verbreitung der Krankheit nötigen Maßregeln zugeschickt. Der Wiedereintritt in die

Schule darf erst nach einer gewissen Zeit und nur nach ärztlicher Bescheinigung erfolgen. Der Ausschluß der kranken Kinder erfolgt bei Scharlach auf 45 Tage, bei Pocken und Diphtherie auf 40 Tage, bei Keuchhusten auf 3 Wochen, bei Masern auf 16 Tage, bei Mumps auf 10 Tage. Ein Schulschluß findet nur bei Scharlach statt, wenn innerhalb weniger Tage trotz Desinfektion mehrere Fälle vorkommen; bei Masern erfolgt, wenn nötig, Ausschulung aller Kinder im Alter unter 6 Jahren. Bei Pocken Wiederimpfung aller Lehrer und Schüler[83] (p. 693).

In den Niederlanden besteht seit 1872 ein Seuchengesetz. Die Aerzte melden an den Bürgermeister Fälle von Cholera, Typhus und Febris typhoidea, Pocken, Scharlach, Diphtherie, Masern und Ruhr. An dem Haus, in dem die Erkrankung vorkommt, wird ein Zettel angeklebt, auf dem „ansteckende Krankheit" und darunter der Name derselben angegeben ist. Kinder und Lehrer aus diesen Häusern dürfen keine Schulen besuchen; erst 8 Tage, nachdem der Arzt erklärt hat, daß die Gefahr der Ansteckung vorüber sei, dürfen sie wieder zugelassen werden. Die Desinfektion kann auf Befehl des Bürgermeisters geschehen, wenn sie vom Arzt als im allgemeinen Interesse nötig erklärt ist; sonst existiert kein Desinfektionszwang; sie erfolgt kostenfrei oder gegen eine geringe Entschädigung. Die Schulvorstände werden durch das Gesundheitsamt vor dem Besuch von Kindern aus ansteckenden Häusern zunächst gewarnt und später benachrichtigt, daß der Besuch wieder ärztlich gestattet sei (Saltet[84]).

In Belgien hat das Familienhaupt oder der Hausvorstand oder auch der Arzt jede akute übertragbare Krankheit dem Bürgermeister zu melden; doch wird die Meldepflicht von den Aerzten nicht als solche anerkannt. Die Kranken werden zu Hause oder im Spital isoliert. Erkrankte Kinder sollen aus der Schule geschickt, Kinder aus einer infizierten Wohnung nicht znm Schulbesuch zugelassen werden; wenn die Fälle sich häufen, ist die Schule zu schließen (Delvaille[56] p. 63).

In Ungarn besteht seit 1881 die Anmeldepflicht für Pocken, Scharlach. Krupp, Diphtheritis, Masern, Keuchhusten, Typhus, Cholera und Cholerine u. a. Die Anmeldung hat bei hoher Strafe innerhalb 24 Stunden auf Formular an das Oberphysikat zu erfolgen; dies macht weitere Mitteilungen an die Schulbehörden und an die Kreisphysici, denen auch die Desinfektion untersteht (Körösi[31]). Gelegentlich einer ansteckenden oder epidemischen Krankheit sind die erkrankten oder mit derartigen Kranken in Verbindung gekommenen Schüler eine entsprechende Zeit lang von der Schule fernzuhalten und andere durch die Umstände gebotene Maßregeln zu verfügen. Der Schulschluß gilt nur dann für begründet, wenn die Infektion der Kinder in der Schule selbst erfolgt ist oder zahlreicbe Erkrankungen unter den Schulkindern auftreten[85] (p. 284).

In Deutschland ist das Anzeigewesen in so verschiedener Weise geregelt, daß es zu weit führen würde, dies hier genauer zu besprechen. Es sei nur erwähnt, daß in Berlin die Aerzte verpflichtet sind, einen jeden Fall von Cholera, Pocken, Typhus, Diphtherie, Kindbettfieber, Hundswut, Milzbrand oder Rotz (beim Menschen) polizeilich anzumelden. Die Haushaltungsvorstände bezw. deren Stellvertreter sind verpflichtet, bei Krankheits- wie Sterbefällen an Cholera, Pocken, Fleck- und Rückfalltyphus und Diphtherie unbedingt, au Darmtyphus, bösartigem Scharlach und bösartiger Ruhr nach Ermessen des Polizeipräsidiums die von den Kranken benutzten Effekten und Räume, sowie die in letzteren befindlichen Gegenstände nach Maßgabe der erlassenen Vorschriften zu desinfizieren (Bekanntmachung des Königl. Polizei-Präsidiums vom 12. Januar 1887). Von den Maßregeln zur Verhütung der Uebertragung ansteckender Krankheiten durch die Schulen seien aus einer preußischen Cirkular-Verfügung vom 14. Juli 1884 folgende erwähnt. Es werden unterschieden: a) Cholera, Ruhr, Masern, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Pocken, Flecktyphus, Rückfallfieber; und b) Unterleibstyphus, kontagiöse Augenentzündung, Krätze, Keuchhusten (der letztere, sobald und solange er krampfartig auftritt). Kinder, welche an einer der sub a) und b) genannten Krankheiten leiden, sind vom Besuche der Schule auszuschließen. Das Gleiche gilt von gesunden Kindern, wenn in dem Hausstande, welchem sie angehören, ein Fall der sub a) genannten Krankheiten vorkommt, es müßte denn ärztlich bescheinigt sein, daß das Schulkind durch ausreichende Absonderung vor der Gefahr der Ansteckung geschützt ist. Die ausgeschlossenen Kinder dürfen erst wieder zugelassen werden, wenn die Gefahr der Ansteckung nach ärztlicher Bescheinigung für beseitigt anzusehen oder die für den Verlauf der Krankheit erfahrungsgemäß als Regel geltende Zeit abgelaufen ist (Scharlach und Pocken 6, Masern und Röteln 4 Wochen). Vorher müssen das Kind und seine Kleidungsstücke gründlich gereinigt sein. Für die Beobachtung der Vorschriften ist der Schulvorstand verantwortlich. Von der Ausschließung der Kinder ist der Ortspolizeibehörde sofort Anzeige zu machen. Aus Internaten etc. dürfen Zöglinge während der Dauer oder unmittelbar nach dem

Erlöschen einer im Hause aufgetretenen ansteckenden Krankheit nur unter bestimmten Bedingungen entlassen werden. Wenn eine im Schulhaus, Internat etc. wohnhafte Person in eine der sub a) und b) genannten, oder eine außerhalb des Schulhauses wohnhafte, aber zum Hausstande eines Lehrers gehörige Person in eine der sub a) genannten Krankheiten verfällt, so hat der Haushaltungsvorstand hiervon sofort Anzeige zu machen. Die Polizeibehörde hat, womöglich unter Zuziehung eines Arztes, für die thunlichste Absonderung des Kranken zu sorgen. Eine höhere Behörde entscheidet unter Zuziehung des Kreisphysikus, ob die Schule zu schließen, oder welche sonstigen Anordnungen im Interesse der Gesundheitspflege zu treffen sind. Bei Vorkommen mehrerer Fälle einer ansteckenden Krankheit in einem Ort muß auf die Reinlichkeit in den Schulen, Internaten etc. besondere Obacht genommen werden. Die Wiedereröffnung einer wegen ansteckender Krankheit geschlossenen Schule oder Schulklasse ist nur nach gründlicher Reinigung und Desinfektion zulässig (Wernich und Wehmer[37]).

Vergl. über die Bekämpfung der Infektionskrankheiten in den Schulen auch dieses Handb. Bd. 7 Abt. 1 (Schulhygiene).

1) **Feer**, *Ueber Altersdisposition und Infektionsgelegenheit der ersten Lebensjahre für Diphtherie u. and. Infektionskrankheiten, Korrespbl. f. Schweiz. Aerzte* (1894) *No* 12.
2) **Nil Filatow**, *Zur Epidemiologie der Diphtherie im Süden Rufslands, Jahrb. f. Kinderh.* 39. *Bd.* (1895).
3) **Bodio**, *Cause di morte, Stat. degli anni* 1891 *e* 1892 (*Roma* 1894), *p. LII—LXV, Confronti internazionali.*
4) **Viggo Bendz**, *Die Sterblichkeitsverhältnisse von Masern u. Scharlach in Kopenhagen mit besond. Rücksicht auf die versch. Altersklassen, D. med. Wochenschr.* (1880) 462.
5) *Annuaire statist. de la Ville de Paris, X. Année* (1891) *und XI. Année* (1892).
6) *Veröffentlichungen des Kais. Gesundheitsamtes* (1894).
7) *Annual Report of the Board of Health of the Health Department of the City of New-York for the Year ending Dec.* 31, 1891, *New-York* 1892.
8) **Heubner**, *Jahrb. f. Kinderh.* 26 *Bd.* (1887).
9) **Flügge**, *Z. f. Hyg.* 17. *Bd.* (1894).
10) **Biedert**, *Jahrb. f. Kinderh.* 24. *Bd.* (1886).
11) **Wassermann**, *D. med. Wochenschr.* (1894) *No.* 42.
12) **Alois Epstein**, *Ueber antisept. Maſsnahmen in der Hygiene des neugeborenen Kindes, Berlin* 1888.
13) **Labonne**, *Ref. im Jahrb. f. Kinderh.* 31. *Bd.* (1890).
14) **Hufeland**, *Bemerkungen über d. natürlichen und inokulierten Blattern etc., Wien* 1799.
15) **Kuſsmaul**, *Zwanzig Briefe über Menschenpocken- und Kuhpockenimpfung* (1870).
16) **Körösi**, *Kritik der Vaccinationsstatistik und neue Beiträge zur Frage des Impfschutzes,* 2. *erweiterter Abdr., Berlin* 1890.
17) **Schulz**, *Impfung, Impfgeschäft und Impftechnik,* 3. *Aufl.* (1891).
18) **Johannessen**, *Ref. im Jahrb. f. Kinderh.* 23. *Bd.* (1885).
19) **William H. Welch**, *Bacteriological investigations of diphtheria in the United States, The Americ. Journ. of the med. sciences,* (1894) *Oct.*
20) **Russow**, *Jahrb. f. Kinderh. N. F.* 27. *Bd.* (1888).
21) **Körösi**, *XIX. Stat. d. infekt. Erkrankungen in den Jahren* 1881—1891, *u. Untersuchung des Einflusses der Witterung, Berlin* 1894.
22) **Munro**, *Z. f. Schulgesundheitspflege* (1891).
23) **Shelly**, *Transact. of the VII. Internat. Congr. of Hyg. Vol. IV, London* 1892.
24) **Feer**, *Aetiolog und klin. Beiträge zur Diphtherie, Basel-Leipzig* 1894.
25) **Körösi**, *Ueber den Einfluſs der Wohlhabenheit und der Wohnungsverhältnisse auf Sterblichkeit und Todesursachen etc., Stuttgart* 1885.
26) **Körösi**, *Ueber den Einfluſs der Kellerwohnungen auf das Auftreten infektiöser Erkrankungen, Wien. med. Wochenschr.* (1886).
27) **Gruber**, *Wien. med. Wochenschr.* (1886).
28) **Hutinel**, *Rev. mensuelle des maladies de l'enfance* (1894) *Oct.*
29) *The Law relating to the Public Health of London etc. fully annotated etc. by* **James Roberts** *and* **H. C. Gollan**, *London* 1891.
30) *Z. f. Schulgesundheitspflege* (1894)
31) *Journal officiel* 30 *Dec.* 1893, *Veröff. d. Kais. Gesundheitsamts* (1894) 104.
32) *Z. f. Schulgesundheitspflege* (1891).
33) *Z. f. Schulgesundheitspflege* (1893).
34) **Saltet**, *Der Gesundheitsdienst von Amsterdam, Hyg. Rundschau* (1894) *No.* 16.
35) *Z. f. Schulgesundheitspflege* (1892).
36) **Delvaille**, *Une mission en Belgique et en Hollande: L'hygiène et l'assistance publique, l'organisation et l'hygiène scolaire, Paris* 1895.
37) **Wernich und Wehmer**, *Lehrb. der öffentl. Gesundheitspflege* (1894) 687.

e) Gebrechen.

Die Gebrechen, denen wir uns jetzt zuwenden, treten zwar verhältnismäßig selten auf und könnten insofern von geringem öffentlichen Interesse erscheinen; sie schädigen aber das Individuum so schwer, daß es — bei einem frühen Eintritt des Gebrechens — in seiner seelischen Entwickelung auf einer tiefen Stufe und in sozialer Hinsicht durchaus unproduktiv bleibt. Es sind daher dringende humane und sozialökonomische Rücksichten, welche einerseits die Vorbeugung jener Gebrechen erheischen, andererseits dazu führen müssen, die von ihnen Betroffenen geistig zu entwickeln und wirtschaftlich produktiv zu machen.

Es kommen hier vor allem die Blindheit, die Taubstummheit, das Zurückbleiben in der geistigen Entwickelung und die Verkrüppelung in Betracht.

1. Blindheit.

Nach Fuchs[1] nennen wir denjenigen blind, dessen Sehvermögen in unheilbarer Weise so sehr herabgesetzt ist, daß ihm dadurch jeder Beruf unmöglich gemacht wird, welcher den Gebrauch der Augen verlangt.

Unter den Blinden sind verhältnismäßig wenig Jugendliche (ca. 25 Proz.); während aber die große Schar der Altersblinden an der Neige des Daseins steht, sind die jugendlichen Blinden durch ihr Gebrechen in dem Kampf ums Dasein, der ihnen noch bevorsteht, an einer erfolgreichen Bethätigung verhindert.

Während sich in Oesterreich am 31. Dezember 1890 überhaupt auf 1000 Einwohner 8,1 Blinde fanden, kamen auf die gleiche Zahl Kinder von 0—10 Jahren nur 4,9 und auf dieselbe Zahl Individuen von 10—20 Jahren 5,6 Blinde (Rauchberg[2]). In Preußen kamen am 31. Dezember 1880 entsprechend auf 10000 Einwohner 8,5 männliche, 8,2 weibliche Blinde, auf die Altersklassen von 0—5 Jahren 1,3 männliche, 1,2 weibliche, von 5 — 10 Jahren 2,0 männliche, 1,74 weibliche, von 10—15 Jahren 3,2 männliche, 3,0 weibliche Blinde[3].

Wichtiger freilich als die Verteilung der vorhandenen Blinden auf die einzelnen Altersgruppen ist die Feststellung des Zeitpunktes, in welchem die Erblindung entstand. Zehender fand z. B., daß von 513 Blinden 45 blind geboren, 58 im 1. Jahre, nur noch 52 weiterhin bis zum 10. Jahr und 45 vom 11.—20. Jahr erblindet waren; der fünfte Teil aller Blinden war also schon am Ende des 1. Jahres blind, während weiterhin das Kindesalter nur noch wenig gefährdet war. Entsprechend fand Magnus[5] (p. 237), daß von 10000 Personen im 1.—5. Jahr 3,57, im 6.—10. Jahr 0,88, im 11.—15. Jahr 0,85 in Gefahr stehen, zu erblinden.

Da für die Vorbeugung die angeborene Blindheit ebensowenig, wie die infolge angeborener Anlage erst allmählich eintretende Erblindung in Betracht kommt, so bleiben hier von den Erblindungen des Kindesalters wesentlich die im 1. Lebensjahr erworbenen zu berücksichtigen, und diese sind hauptsächlich auf die infektiöse Augenerkrankung der Neugeborenen zurückzuführen. Im übrigen geben im Kindesalter zu schweren Augenerkrankungen von Allgemeinkrankheiten häufiger die Pocken und Skrofulose, exanthematische Kinderkrankheiten und Syphilis Veranlassung; von der Vorbeugung dieser Krankheiten haben wir schon früher gesprochen.

Magnus[5] berechnete folgende Häufigkeitsprozente für die in den ersten 20 Jahren auftretenden Blindheitsformen: angeborene Leiden 17,2; idiopathische Erkrankungen des Auges 33,1 (hierbei eiterige Augenentzündung der Neugeborenen

mit 23,9 Proz.), Verletzungsblindheit 8,2, allgemeine Erkrankungen 33,2 (hierbei Gehirnkrankheiten mit 8, Skrofulose mit 7,9, Pocken mit 7,5, Masern mit 3,6 und Scharlach mit 3 Proz.), unbekannte Ursachen 6,9 (nach Pflüger[6]).

Die Augenerkrankung der Neugeborenen — unter den Blinden überhaupt mit 11 (Cohn[7]) bis 13 Proz. (Magnus[5]) vertreten — verursacht im Kindesalter in vielen Gegenden noch viel häufiger Erblindung, als die eben erwähnte Durchschnittszahl von 23,9 Proz. erkennen läßt (Horner[8]). Erweckt sie daher wegen ihrer Häufigkeit und des frühen Eintritts an und für sich schon das größte Interesse, so wird dies womöglich noch dadurch gesteigert, daß sie zu den regelmäßig verhütbaren Erblindungsursachen gehört: die infektiöse Erkrankung der Neugeborenen — durch Uebertragung einer mütterlichen Geschlechtskrankheit auf die Augen des Neugeborenen veranlaßt — läßt sich durch verhältnismäßig einfache Maßnahmen ziemlich sicher vermeiden und braucht, einmal entstanden, bei sachgemäßer Behandlung so gut wie nie zur Erblindung zu führen. Ist auch, wie bei der Skrofulo-Tuberkulose der Tuberkelbacillus, so hier der Gonococcus die Vorbedingung der Erkrankung, so steht doch hier wie dort ihr Ausbruch im engsten Zusammenhang mit sozialen und hygienischen Mißständen. In Form von Armut und Unwissenheit zur Geltung kommend, spielen diese überhaupt bei der Entstehung der Jugendblindheit eine große Rolle: gehören doch 97 Proz. aller in Blindenanstalten Verpflegten den ärmsten Volksklassen an. Wie überall, wo wir jenen beiden Faktoren begegnen, finden wir auch hier die unehelichen Kinder besonders stark beteiligt (Pflüger[6]). Während im Jahre 1891 in der Schweiz von den ehelichen Lebendgeborenen 4,2 ‰ an Augenblennorrhoe erkrankten, war der Promillesatz bei den unehelichen Lebendgeborenen $2\,^1/_3$ mal so groß (9,9 ‰) (Heim[12]).

Die Möglichkeit, der Augenentzündung der Neugeborenen sicher vorzubeugen, ist freilich noch sehr jungen Datums: diese Krankheit gehörte zu den gefürchteten Gästen der Gebär- und Findelhäuser, bis man es in den letzten Jahren mit der Kenntnis ihrer Ursache lernte, in diesen Anstalten durch Asepsis und Antisepsis ihre Häufigkeit auf Bruchteile eines Prozentes der Neugeborenen herabzusetzen. — Leider hat unter den Neugeborenen der offen lebenden Bevölkerung die Abnahme der eiterigen Augenentzündung der Neugeborenen hiermit nicht gleichen Schritt gehalten. In Breslau kamen noch im Jahre 1894 2 Proz. aller Neugeborenen wegen Blennorrhöe in ärztliche Behandlung[9] [p. 268].) Für Berlin weist Silex[13] nach, daß sich seit dem Jahre 1878 der Antheil dieser Kranken an den Augenkranken überhaupt nicht wesentlich geändert hat (1878: 1,19 Proz., 1883—1894: 1,11 Proz. aller behandelten Augenkranken). Um eine Besserung dieser Verhältnisse herbeizuführen, ist es nötig, auf der einen Seite die Kenntnis von der Vermeidbarkeit und Gefährlichkeit der eiterigen Augenentzündung zu verbreiten, auf der anderen Seite die Leichtigkeit zu erhöhen, mit der auch auf dem Lande der Beistand von Hebammen und Aerzten zu erreichen sein sollte; so wichtig es ist, dass die Aerzte über die sachgemäße Behandlung der Augenblennorrhoe unterrichtet sind, so ist es doch noch viel wichtiger, daß seitens der Hebammen eine rechtzeitige Vorbeugung — nur diese, aber keine Behandlung! — stattfindet. Bei dem öffentlichen Interesse, welches die Verhütung der Erblindung hat, ist ferner durch Meldezwang dahin zu wirken, daß eine

Kontrole über Einleitung der Behandlung und ihre Ausübung durch hierzu befugte Personen ermöglicht wird. Ein solcher Meldezwang besteht z. B. in Frankreich, Sachsen-Meiningen, Mecklenburg-Schwerin, Reuß jüngere L. und vereinzelt in Preussen.

Der Unterricht und die weitere Ausbildung der Blinden erfordert viel Mühe und besondere Methoden; ein Lehrer kann höchstens 12 Kinder unterrichten. Als Schriftzeichen bedarf der Blinde tastbarer Zeichen, die ihm in der Braille'schen Punktierschrift geboten werden. Der Unterricht sucht im allgemeinen mindestens die Ziele der Volksschule zu erreichen; er dauert gewöhnlich 9 Jahre. Von dem Unterricht abgesehen, ist auch großer Wert auf die körperliche Entwickelung zu legen; die mit der Blindheit zunächst verbundene Beschränkung in der Selbständigkeit der Bewegung und des Handelns sucht man nach Möglichkeit zu überwinden. An den Schulunterricht pflegt sich ein Fortbildungsunterricht und die Unterweisung in einer Erwerbsthätigkeit zu schließen: die Blinden lernen meist das Bürstenbinden, Korbflechten, Seilen; auch haben sie häufig große Begabung für die Musik, sodaß sie sich ihrer Ausübung mit Erfolg widmen können. Soweit es dem Blinden nicht gelingt, sich auf eigene Füße zu stellen, wird man ihm unter Umständen durch Arbeitsvermittelung, durch Verpflegung in Anstalten oder Heimen zu Hilfe kommen müssen. In mancher Hinsicht würde es sich empfehlen, den Unterricht in einer solchen Form zu ertheilen, daß er den Blinden nicht den Lebensverhältnissen seiner Familie entfremdet und die Familie nicht von ihren Pflichten gegen das blinde Kind und von dem Verkehr mit ihm entwöhnt. Thatsächlich wird man jedoch zum Teil infolge der räumlich zerstreuten Verteilung der Blinden, zum anderen Teil wegen der meist fehlerhaften Erziehung, welche überhaupt Gebrechliche in ihrer Familie finden, von dem ambulanten Besuch einer Blindenschule absehen müssen.

Das einzige Beispiel für letztere findet sich in Berlin, wo die Stadt eine Blindenschule unterhält, zu der die Blinden täglich mit Benutzung der Verkehrsmittel durch Waisenmädchen geleitet werden. Sonst finden wir die jugendlichen Blinden, mindestens für die Zeit ihrer Ausbildung, in geschlossenen Anstalten untergebracht. Diese sind gewöhnlich auf öffentliche Kosten unterhalten, und zwar sind in Deutschland hierzu — ebenso wie zu der Versorgung anderer gebrechlicher Individuen — wesentlich die Landarmenverbände verpflichtet. Die privaten Blindenanstalten treten, wenigstens in Preußen, ganz zurück, sodaß hier unter 15 Blindenanstalten (im Jahre 1891), welche 635 Kinder im schulpflichtigen Alter verpflegten, nur eine private Anstalt war. Die Anstalten verfolgen auch die anderen Ziele der Blindenfürsorge, die wir oben erwähnten, und stellen daher Mutterhäuser für ihre Zöglinge dar, in welche letztere nötigen Falles zurückkehren. Von ausländischen Blindenausbildungsanstalten sei hier nur das Royal Normal College and Academy of Music in Norwood (England) erwähnt, welches seine Schüler mit großem Erfolg zu Musikern ausbildet[10] (p. 224).

Es dürfte im allgemeinen noch ein grobes Mißverhältnis zwischen der Zahl der Blinden und den vorhandenen Blindenanstalten bestehen.

In Preußen, wo die Fürsorge für Gebrechliche hoch entwickelt ist, kamen im Jahre 1880 auf 1000 Blinde des betreffenden Alters und

Geschlechts Blinde in Blindenanstalten: über 5—10 Jahre 93,75 männl., 71,16 weibl.; über 10—15 Jahre 357,76 männl., 334,92 weibl.; über 15—20 Jahre 393,94 männl., 194,03 weibl. (Guttstadt[11]). Hingegen wurden z. B. in Oesterreich am Schluß des Jahres 1890 außerhalb von Blinden-Erziehungsanstalten 527 Kinder von 5—10 Jahren, 679 von 10—15 Jahren, 693 von 15—20 Jahren gezählt, während sich in Blinden-Erziehungsinstituten im ganzen nur 454 Kinder befanden[4].

Außer den Blindenausbildungsanstalten bestehen vielfach Vereine, die sich der Blinden annehmen.

1) **Fuchs**, *Ursachen und Verhütung der Blindheit* (1885).
2) **Rauchberg**, *Die Bevölkerung Oesterreichs, Wien* 1895.
3) *Z. d. Kgl. Preuſs. stat. Bureaus* (1883).
4) *Oesterr. Statist.* 37. *Bd.* 2. *H., Wien* 1893.
5) **Magnus**, *Die Blindheit, ihre Entstehung und ihre Verhütung* (1883).
6) **Pflüger**, *Schweizer. Zeitschr. f. Gemeinnützigkeit* 32. *Bd.* 4. *H.* (1893).
7) **H. Cohn**, *Blindenstatistik, Eulenburg's Realencyklop.* 3. *Aufl.* (1894).
8) **Horner**, *Gerhardt's Handb. der Kinderkrankh.* 5. *Bd.* 2. *H.* (1880).
9) *Berl. klin. Wochenschr.* (1895).
10) *VII. Congress of Hygiene, Sect. IV. S.* 224.
11) **Guttstadt**, *Die Verbreitung der Blinden und Taubstummen nach der Volkszählung vom* 1. *Dezember* 1880, *Z. d. Kgl. Preuſs. stat. Bur.* (1883).
12) **Adolf Heim**, *Die Blennorrhoea neonatorum und deren Verhütung in der Schweiz. Inaug.-Dissert. d. Univ. Bern. Olten* 1895.
13) **Silex**, *Z. f. Geburtsh.* 31. *Bd.* 1895.

2. Taubstummheit.

Nach Myding[1] kommen auf 10000 Personen im allgemeinen 7,7 Taubstumme (s. auch Mayr[2]).

Die Taubstummheit ist angeboren oder erworben. Insoweit für beide, vor allem aber die erstere Form als disponierendes Moment eine familiäre Beanlagung in Betracht kommt, kann von einer Vorbeugung keine Rede sein; ebenso wäre es voreilig, daraufhin, daß aus blutsverwandten Ehen häufiger Taubstumme hervorzugehen scheinen, Ehebeschränkungen in die Gesetzgebung aufzunehmen. Es muß sich daher die Vorbeugung darauf beschränken, den krankhaften Prozeß, der das Kind taubstumm zu machen droht, rechtzeitig zu bekämpfen. Schon hierdurch würde sich eine erhebliche Verminderung der Taubstummen erzielen lassen, da ungefähr in der Hälfte aller Fälle Taubstummheit durch Krankheiten erworben ist, und vermutlich auch noch eine größere Zahl von Fällen hierher zu rechnen ist, die, im ersten Lebensjahr ohrenkrank, von Geburt an taub zu sein scheinen. Da zu der Taubheit die Stummheit nur tritt, wenn zur Zeit der Ertaubung die Sprache noch nicht oder erst kurze Zeit entwickelt war, so wird die Taubstummheit in etwa $^2/_3$ der Fälle in den ersten 3 Lebensjahren erworben. Die häufigste Veranlassung geben Gehirnkrankheiten verschiedener Art, hiernach Scharlach und Typhus; Schwankungen in der Häufigkeit der einzelnen Ursachen hängen von dem wechselnden epidemischen Auftreten der in Frage kommenden Infektionskrankheiten (z. B. der Cerebrospinalmeningitis) ab. Mit der Besserung der allgemeinen Erkrankungshäufigkeit wird an und für sich der Verbreitung der Taubstummheit entgegengewirkt.

Wenn nun die betreffenden Krankheiten zur Taubstummheit führen, so hängt dies zu einem Teil von dem Grad der Fürsorge ab, welche

dem erkrankten Kinde zugewendet wird, und dieser bestimmt sich wiederum ganz wesentlich nach Umständen, welche wir schon wiederholt zu erörtern Gelegenheit hatten; insofern die ganze Lebensführung und insbesondere die Häufigkeit, mit der ärztliche Hilfe nachgesucht wird, von der sozialen Lage abhängt, findet sich die Taubstummheit (und zwar besonders die erworbene Form) vorwiegend in den armen und unwissenden Bevölkerungsklassen.

Diese Abhängigkeit der Taubstummheit von den sozialen und hygienischen Verhältnissen ist für verschiedene Gegenden Deutschlands in sehr überzeugender Weise nachgewiesen (Schmaltz[3], Lemcke[4]). Die im allgemeinen größere Häufigkeit der Taubstummheit im Gebirge als auf dem Flachlande, bei der ländlichen als bei der städtischen Bevölkerung erklärt sich hierdurch. Diejenigen Berufsstände, welche, wie in Sachsen, die Bergleute, Handarbeiter, Fabrikarbeiter, oder in Mecklenburg die Lohnarbeiter und Hausindustrietreibenden in den ungünstigsten hygienischen Verhältnissen leben, diejenigen Klassen, bei denen der Besitz ein beschränkter oder unzureichender, der Nahrungserwerb ein mühseliger, bei denen der Kinderreichtum und gleichzeitig die Kindersterblichkeit — letztere steht allerdings zuweilen auch in umgekehrtem Verhältnis zur Taubstummheit — eine besonders große ist, haben die meisten taubstummen Kinder. Die hygienischen Verhältnisse dieser Bevölkerungsklassen werden durch den Umstand in ein besonderes grelles Licht gerückt, daß hier nicht einmal nach Eintritt des Gebrechens der Versuch gemacht zu werden pflegt, durch ärztliche Kunst Hilfe zu schaffen: gerade in denjenigen Gegenden, die aus den gekennzeichneten sozialen Gründen am meisten Taubstumme haben, werden die letzteren am seltensten dem Arzt vorgeführt.

Nach diesen Ausführungen ist es klar, daß die Besserung der sozialen Verhältnisse ebenso wie bei der Blindheit, mit der die Taubstummheit vielfach parallel geht, die Zahl der mit diesem Gebrechen Behafteten mindern wird; im besonderen muß der Wille und die Möglichkeit, ärztliche Hilfe bei den Erkrankungen der Kinder in Anspruch zu nehmen und in sachgemäßer Weise zu erlangen, von großem Einfluß auf die Vorbeugung sein.

Andererseits kann die Kenntnis der Verhältnisse, unter denen die Taubstummheit entsteht, keinen Zweifel lassen, daß gerade bei diesem Gebrechen die öffentliche Fürsorge einspringen muß, wenn die Betroffenen nicht unter der Nachlässigkeit und dem Unvermögen der Ihrigen verkümmern sollen.

Es kommt hinzu, daß selbst die Bessergestellten nicht in der Lage sind, ihre Taubstummen geistig genügend zu entwickeln. Mit dem Verlust des Ohrs und dem hieraus folgenden Mangel der Sprache ist das Verhältnis der Taubstummen zur Mitwelt so schwer gestört, daß es nur einer besonderen fachmännischen Ausbildung gelingen kann, mit dem Taubstummen die gleichen seelischen Beziehungen herzustellen, wie sie zwischen Vollsinnigen durch Vermittelung der Sprache bestehen. Dieser Erfolg läßt sich freilich nur erzielen, wenn der Taubstumme im Besitz seiner anderen Sinnesorgane und vor allem seiner Geisteskräfte ist.

Die jetzt allgemein angenommene Methode des Taubstummenunterrichts geht dahin, durch Ablesen der Worte vom Munde des Sprechenden

den Taubstummen zu befähigen, statt mit dem Ohr gleichsam mit dem Auge zu hören, und andererseits ihn zu lehren, sich selbst mit lebhafter Stimme in der Umgangssprache auszudrücken. Durch diesen Unterricht wird es nicht nur möglich, ihm die gleichen Kenntnisse und ethischen Anschauungen zu übermitteln wie dem Vollsinnigen, sondern ihn auch erwerbsfähig und selbständig zu machen. Der Unterricht stellt allerdings an Lehrenden wie Lernenden hohe Ansprüche; während man zeitweise glaubte, den Schüler bei Familienpflege unterrichten zu können, ist man jetzt darüber ziemlich einig, daß mindestens in den ersten Jahren der Unterricht in geschlossenen Anstalten zu erteilen ist. Nur in seltenen Fällen werden die Eltern bei externem Schulbesuch imstande sein, den letzteren durch eigene Bemühungen zu unterstützen; meistens werden sie die Geberdensprache der Lautsprache vorziehen und dadurch den Erfolg des Unterrichts behindern. Vor der Aufnahme eines Kindes in eine Taubstummenanstalt ist von einem Sachverständigen festzustellen, daß die Taubstummheit unheilbar und in einem solchen Grade vorhanden ist, daß mit dem Gehöre die Sprache nicht erlernt werden kann; andererseits ist die Bildungsfähigkeit des taubstummen Kindes — was nicht immer leicht ist — vor der Aufnahme nachzuweisen.

Was zunächst die körperliche Pflege in den Anstalten betrifft, so ist dieselbe hier besonders wichtig: es haften dem Taubstummen Mängel an, wie z. B. häufig ein schleifender Gang, die sich durch Uebung ausmerzen lassen. Die Prozesse, welche zur Taubstummheit führten, bedürfen, soweit sie noch nicht ausgeheilt sind, sorgfältiger ärztlicher Behandlung, um nicht dauernd das Leben zu bedrohen.

Der Unterricht des Taubstummen beginnt im allgemeinen nicht vor einem Alter von 7—9 Jahren (nach Beginn des Zahnwechsels) und erfordert eine Dauer von ungefähr 9 Jahren, wenngleich viele Anstalten auch mit einer kürzeren Lehrzeit auszukommen suchen; ein Lehrer kann höchstens 10 Kinder unterrichten, die Internate sollten höchsten 30—40 Kinder verpflegen. Eine Trennung nach den geistigen Fähigkeiten erleichtert den Unterricht. Mit Recht wird auch der Handfertigkeitsunterricht in den Anstalten gepflegt; nach der Entlassung schließen sich zweckmäßig Fortbildungskurse für die entlassenen Taubstummen an.

Obgleich der Staat eine Verpflichtung zur Fürsorge für die Taubstummen anerkennt, nehmen an derselben auch vielfach städtische Behörden, Vereine und Private teil. Der Erfolg dieser Fürsorge ist in den einzelnen Ländern verschieden.

Sehr günstig liegen die Verhältnisse im besonderen in Preußen, wo — außer in der Provinz Schleswig-Holstein — kein Zwang zum Besuch der Anstalten besteht und trotzdem im Jahre 1891 von 5460—5500 taubstummen Kindern in lernfähigem Alter kaum mehr als 150 Kinder des Unterrichts entbehrten [5]; abgesehen von 1276 Kindern, welche einen vorbereitenden Unterricht in der Volksschule ihres Ortes empfingen, wurden 4080 in 49 Anstalten unterrichtet (hiervon 3146 in 40 öffentlichen, meistens durch die Provinzialverbände unterhaltenen Anstalten); man kann daher hoffen, daß es den Fortschritten, welche in Preußen die letzten Jahrzehnte gebracht haben, gelingen wird, alle Taubstummen, soweit es ihre Intelligenz erlaubt, zu nützlichen Gliedern der Gesellschaft zu machen. (In Preußen ist den Handwerkern, welche Taubstumme ausbilden, eine Prämie von 50 Thalern ausgesetzt.)

Hingegen waren z. B. in Oesterreich im Jahre 1890 von 7864 Taubstummen im Alter von 5—15 Jahren nur 1184 (= 15,1 Proz.) in Anstalten untergebracht [6].

Ohne für andere Staaten die Zahl der zur gleichen Zeit überhaupt vorhandenen Taubstummen im lernfähigen Alter angeben zu können, erwähnen wir immerhin, daß im Jahre 1890 unterrichtet wurden (nach Reuschert [7], p. 367):

in	in Anstalten	Schüler
Deutschland	95	6370
Oesterreich-Ungarn	26	1529
Schweiz	14	419
Luxemburg	1	23
Russische Ostseeprovinzen	4	148

An den Unterricht der Taubstummen muß sich ihre Ueberführung in einen Lebensberuf schließen, und auch hiernach müssen sie zum Teil unter fürsorglicher Ueberwachung bleiben; nur hierdurch wird es möglich sein, einen größeren Teil als bisher erwerbstüchtig zu machen und zu erhalten.

1) **Myding**, *Taubstummheit, Berlin-Leipzig* 1894.
2) **Mayr**, *Z. d. Kgl. bayr. statist. Bureaus* (1877) 184.
3) **Schmaltz**, *Die Taubstummen im Königreich Sachsen, Leipzig* 1884.
4) **Lemcke**, *Die Taubstummheit in Mecklenburg-Schwerin, Leipzig* 1892.
5) *Preuſs. Statistik* 120. *Volksschulwesen I für* 1891 (1893).
6) *Oesterr. Statistik* 37. *Bd.* 2. *H., Wien* 1893.
7) **Reuschert**, *Blätt. für Taubstummenbildung* 3. *Bd.* (1890).
Sonstige Litteratur s. bei **Schwabach**, *Art.: Taubstummenstatistik und Taubstummheit, Eulenburg's Realencyklopädie*, 2. *Aufl.*

3. Idiotie.

Am wenigsten bietet von allen Gebrechen die Idiotie die Möglichkeit einer Vorbeugung, und gleichzeitig ist ihre Behandlung am schwierigsten und undankbarsten.

Eine besondere Art der angeborenen Beeinträchtigung der geistigen Entwickelung ist der Kretinismus; er tritt endemisch in gewissen Gebirgsthälern auf und hängt von örtlichen Verhältnissen ab, die unbekannt und daher nicht zu beinflussen sind.

Aber selbst, wo der Kretinismus nicht vorkommt, wird die erworbene Form der Idiotie beträchtlich von der angeborenen überwogen (z. B. in der Berliner Idiotenanstalt 106 : 310 [Piper[1]]); soweit die Veranlassung für die angeborene Idiotie überhaupt bekannt ist, lassen sich noch am häufigsten Geistes- und Nervenkrankheiten sowie Trunksucht bei den Eltern bezw. deren Verwandten verantwortlich machen, während andere Momente mehr zurücktreten oder nicht genügend sicher erwiesen sind. Für die erworbenen Formen der Idiotie kommen die Infektionskrankheiten — Scharlach, Typhus, weniger Masern — in über $^1/_3$ der Fälle, außerdem besonders Fall auf den Kopf und Gehirnentzündung in Betracht (Piper[1]).

Hiernach kann die Vorbeugung wesentlich nur in sachgemäßer Behandlung von Erkrankungen bestehen, um womöglich einer Beteiligung des Nervensystems vorzubeugen. Daß es hieran vielfach fehlt, ist insofern wahrscheinlich, als auch die Idiotie ebenso wie die früher besprochenen Gebrechen sich besonders häufig unter ungünstigen sozialen Verhältnissen findet (Sander[2]).

Soweit die Idioten überhaupt noch bildungsfähig sind, lassen sich die verborgenen Spuren geistigen Lebens nur in Anstalten durch andauernde Bemühungen — unter methodischer Verwendung des An-

schauungsunterrichtes — zur Entwickelung bringen. Gleichzeitig finden die Idioten hier die Pflege, welche ihre körperliche Gebrechlichkeit verlangt.

Im besonderen verlangen eine sachgemäße körperliche Behandlung epileptische Kinder, welche wegen der Häufigkeit und Schwere der Anfälle oder der allmählich eintretenden Verblödung in die Idiotenanstalt kommen.

Man findet diese Kinder auch häufig in besonderen Abteilungen der Anstalten für Epileptische. Von letzteren seien z. B. die Anstalt der Stadt Berlin in Wuhlgarten, die Kolonie für Epileptische „Bethel" bei Bielefeld (Innere Mission) sowie die Anstalt für Epileptische auf der Rüti in Zürich-Riesbach erwähnt.

In Preußen fanden sich 1891 1135 Knaben und 763 Mädchen in 34 Idiotenanstalten. Unter diesen Anstalten ist die bedeutendste die von der Stadt Berlin in Dalldorf errichtete Anstalt. Die Zöglinge gruppieren sich in bildungsfähige und bildungsunfähige; die ersteren erhalten in 6 aufsteigenden Klassen (z. T. mit Parallelklassen) Unterricht. Die 6. Klasse ist die Versuchsklasse, in welcher den Schwächsten der Stoff zum Eigentum gemacht wird, den normale Kinder in der Familie bis zu ihrem schulpflichtigen Alter kennen gelernt und verstanden haben. Mit der 5. Klasse beginnt die eigentliche Schule; zu den in ihr gebräuchlichen Lehrgegenständen tritt in der 2.—6. Klasse noch als gesonderter Unterricht der Anschauungsunterricht hinzu. Ein besonderes Gewicht wird auf die Unterweisung im Handwerk und in der Handarbeit gelegt. Die Knaben sind verteilt auf die Werkstätten: Schuhmacher, Schneider, Buchbinder, Korbmacher, Rohrstuhlflechter, Besenbinder, Gärtner. Knaben wie Mädchen werden außerdem abteilungsweise in der Haus- und Gartenarbeit beschäftigt, Es wurden 1891/92 302 Idioten verpflegt (191 Knaben, 111 Mädchen), konfirmations- oder erwerbsfähig wurden 34 entlassen; die erwerbsfähigen Zöglinge werden von der Armenverwaltung zur Erlernung eines Handwerks in die Lehre gegeben oder zu Landleuten oder zu den Eltern entlassen und dort die Knaben in Haus- und Feldarbeit, die Mädchen in Haus- und Handarbeit beschäftigt. Die Pflegeeltern werden durch Inspektoren überwacht [3, 4].

An die Anstalten für Idioten und Epileptische wären die Einrichtungen zu reihen, welche für solche Kinder getroffen sind, die an den leichteren Graden geistiger Entwickelungshemmung und der durch die Epilepsie erzeugten geistigen Beeinträchtigung leiden. Hier genügt es vielfach, unter Belassung der Kinder in häuslicher Pflege den Schulunterricht ihrer geringeren Leistungsfähigkeit anzupassen: die schwachbegabten Kinder müssen in besonderen Klassen mit beschränkter Schülerzahl (25) von einem besonders ausgebildeten Lehrer — unter Bevorzugung des Anschauungsunterrichtes — unterrichtet werden. Derartige Spezialklassen werden in dem Maße zur Einrichtung kommen, als das überraschend ausgedehnte Bedürfnis für dieselben bekannt wird. (In Christiania kommen z. B. auf 15000 Volksschüler 90 schwach begabte [5] [p. 210].)

Die Einrichtung dieser Klassen für Schwachbegabte ist sehr wechselnd verbreitet, sehr reichlich z. B. in Schweden und Norwegen und in der Schweiz; in Deutschland sind sie erst in 30 Städten zu finden *).

Im besonderen wird in Preußen, wo nur 18 Städte Klassen für Schwachbegabte haben, durch ein ministerielles Rundschreiben vom

*) Nach freundlicher Mitteilung des Herrn Sanitätsrat Berkhan sind dies folgende: Aachen, Altona, Bremen, Breslau, Chemnitz, Crefeld, Dortmund, Dresden, Düsseldorf, Elberfeld, Erfurt, Frankfurt a. M., Gera, Görlitz, Gotha, Halberstadt, Halle a. S., Hamburg, Hannover, Karlsruhe, Kassel, Köln, Königsberg, Leipzig, Lübeck, Magdeburg, Mainz, Nordhausen, Stettin, Weimar. Hiernach ist der östliche Teil Deutschlands fast unvertreten.

16. Juni 1894 ihre allgemeine Einführung angebahnt. Unter Zuziehung eines Arztes sollen diejenigen Kinder, deren geistige Entwickelung durch körperliche Gebrechen und überstandene Krankheiten zurückgeblieben ist, in besonderen Klassen von nicht mehr als 25 Kindern vereinigt werden; für diese Klassen ist ein besonderer Lehrplan zu entwerfen, bei mehrstufigen Schulsystemen für jede Klasse ein wesentlich niedrigeres Ziel zu bestimmen, das bei der obersten Klasse über das für die Mittelstufe einer normalen Volksschule vorgeschriebene Maß nicht hinausgeht. Bei der Auswahl treten Gegenstände, die besondere geistige Anstrengung erfordern, zu Gunsten der auf Entwickelung körperlicher Geschicklichkeit und praktischer Bethätigung hinzielenden zurück [6] (p. 705).

Für epileptische Kinder Spezialklassen einzurichten, liegt ebenfalls unter Umständen ein Bedürfnis vor, dem jedoch bisher nur vereinzelt entsprochen ist.

Zuweilen ist es zweckmäßig, die schwachbegabten Kinder in geschlossenen Anstalten zu verpflegen; letztere unterscheiden sich alsdann, indem sie die Idioten ausschließen und Kinder, welche nur eine gewisse „psychopathische Minderwertigkeit“ zeigen, aufnehmen, (Trüper [7]), scharf von den obenerwähnten Idiotenanstalten.

Auch hier wären besonders Schweizer Anstalten zu erwähnen (Schloß Biberstein im Aaargau, Regensberg im Kanton Zürich); außerdem finden sich in Bern und Basel, ferner auf der Sophienhöhe bei Jena sowie in Leipzig (Witzel'sches Institut) derartige Privatanstalten.

1) **Piper**, *Zur Aetiologie der Idiotie*, *Berlin* 1893.
2) **Sander**, „*Idiotie*“, *Eulenburg's Realencyklopädie* 2. *Bd.*
3) *Die öffentliche Gesundheits- und Krankenpflege der Stadt Berlin*, *herausgegeben von den städtischen Behörden*, *Berlin* 1890.
4) *Jährliche Verwaltungsberichte des Magistrats zu Berlin.*
5) 7. *Kongr. f. Hygiene Sekt. IV.*
6) *Zeitschr. f. Schulgesundheitspfl.* (1894).
7) **J. Trüper**, *Psychophathische Minderwertigkeiten im Kindesalter*, *Gütersloh* 1893.

4. Verkrüppelte.

Schließlich wäre in eine vierte Gruppe der Rest der Gebrechlichen zusammenzufassen. Es sind dies in der Hauptsache solche Individuen, welche durch angeborenen oder erworbenen Mangel oder Verbildung wichtiger Körperteile, sowie durch angeborene oder erworbene Lähmungen oder Kontrakturen derartig verkrüppelt sind, daß sie gehindert sind, sich frei zu bewegen, in der gebräuchlichen Weise die Schulbildung zu empfangen und sich durch ihrer Hände Arbeit zu ernähren.

Mit diesen Krüppeln vereinigt findet man zuweilen auch Kinder, welche gleichzeitig blind und taubstumm sind (im Jahre 1880 gab es in Preußen 107 solcher Unglücklichen); ihr Unterricht erfordert eine so mühselige und individualisierende Behandlung, daß er in den Taubstummen- oder Blindenanstalten im allgemeinen nicht erteilt werden kann. Sind solche Kinder gleichzeitig noch idiotisch, so werden sie in Idiotenanstalten untergebracht.

Der Unterricht der Krüppel, welche geistig normal sind, kann recht erfreuliche Resultate haben: bei zweckmäßiger Verwendung und Ausbildung der noch vorhandenen Bewegungsfähigkeit unter Benutzung

besonderer Apparate und zweckmäßiger Abänderung des Handwerkszeuges läßt sich oft noch eine erstaunliche Leistungsfähigkeit erzielen. Gering sind hingegen die Erfolge bei denjenigen Kindern, welche, wie dies bei den Gelähmten häufig der Fall ist, geistig nur wenig entwickelungsfähig sind.

Von Anstalten für verkrüppelte Kinder wären zu nennen diejenige des Oberlinhauses in Nowawes (bei Potsdam) mit ungefähr 50 Kindern, das zu den Werner'schen Stiftungen gehörende Maria-Martha-Stift und Wilhelms-Stift in Ludwigsburg für gebrechliche Mädchen bez. Knaben, sowie die Königl. Erziehungs- und Bildungsanstalt für krüppelhafte Kinder in München. Von den Einrichtungen für Verkrüppelte, die außerhalb Deutschlands getroffen sind, ist an erster Stelle die Gesellschaft zur Fürsorge für Verkrüppelte und Verunstaltete in Kopenhagen zu erwähnen (Samfundet der antager sig Vanföre og Lemlaestede in Danmark). Dieselbe sorgt freilich nicht nur für Verkrüppelte in unserem Sinn, sondern überhaupt für alle Personen (auch Erwachsene), deren Leiden die Anwendung von mechanischen Hilfen erfordern; abgesehen von ihrer Poliklinik hat sie eine Schule zur Ausbildung in Handarbeit, sowie Werkstätten für Verkrüppelte; die Krüppel werden hier unter Benutzung geistreich erdachter Hilfsapparate möglichst arbeitsfähig gemacht; soweit die hier beschäftigten Krüppel von auswärts kommen, werden sie in einem Heim verpflegt. Von den 233 in den Jahren 1875—1890 in der Schule unterrichteten Individuen waren 117 gelähmt, 49 hatten nur eine Hand, 67 waren in anderer Weise verkrüppelt.

Rückblick.

Fassen wir die Grundzüge der Fürsorge für Gebrechliche noch einmal zusammen! Anstatt die Gebrechlichen in dem Zustand der Hilflosigkeit zu lassen, welcher ihnen im günstigsten Fall das Mitleid ihrer Umgebung zuwendet, in keinem Fall das Gefühl der Gleichberechtigung mit ihr gewährt, geht die moderne Fürsorge dahin, auch den Gebrechlichen, soweit seine Kräfte reichen, auszubilden und im besonderen erwerbsfähig zu machen. Die Pflicht, zu diesem Zwecke Anstalten zu errichten, wird staatlicherseits allgemein anerkannt. In Preußen haben die Provinzialverbände diese Pflicht; soweit die Gebrechlichen der Armenpflege zur Last fallen, haben in Deutschland die Landarmenverbände für sie zu sorgen. Um keinen Gebrechlichen unausgebildet zu lassen, genügt aber nicht die Errichtung der Anstalten, sondern muß gleichzeitig ein Zwang zum Besuch derselben entsprechend dem Schulzwang, welcher für das gesunde Kind eingeführt ist, bestehen.

Diesen Bildungszwang finden wir in einzelnen Staaten eingeführt und praktisch mehr oder weniger streng durchgeführt; z. B. regelt die norwegische Gesetzgebung (Ges. vom 8. Juni 1881) den Unterricht abnormer Kinder in ausführlicher und durchgreifender Weise[2] (p. 166). Hierdurch sind, um die Hauptpunkte hervorzuheben, für taubstumme, blinde und geistesschwache Kinder mit öffentlicher Hilfe die erforderliche Anzahl von Erziehungs- und Unterrichtsanstalten zu errichten, und es liegt jeder Schulkommission ob, mit Beistand des betreffenden Amtsarztes darauf zu sehen, daß die in den Gemeinden vorhandenen abnormen Kinder einen ihrem Zustande entsprechenden Unterricht empfangen; es können bei Weigerung die Versorger der Kinder in Strafe genommen werden. Die Ausgaben für Reisen von und nach der Schule, für den Unterhalt der Kinder auf der Schule, Kleidung inbegriffen, müssen die betreffenden Gemeinden, event. unter Beteiligung der Armenkasse, beschaffen.

Wenn man im Interesse der Gebrechlichen einen Zwang zur Ausbildung in geschlossenen Anstalten wünschen muß — trotz der erheblichen Kosten und Schwierigkeiten, welche hiermit verknüpft sind —, so muß man allerdings sicher sein, daß die Anstalten ihrerseits möglichst

vollkommen für die geistige und körperliche Entwickelung ihrer Zöglinge Sorge tragen. In dieser Hinsicht ist es wichtig, daß jedes Gebrechen in einer besonderen Anstalt in solcher Weise versorgt wird, wie es seiner Natur am meisten entspricht.

Neben dem besonders gearteten Unterricht müssen alle diese Anstalten der körperlichen Pflege und Ausbildung ihr besonderes Augenmerk schenken. Auch müssen sie für die spätere Berufsthätigkeit mindestens die erste Anleitung geben. Zuweilen müssen die Gebrechlichen überhaupt dauernd in der Anstalt bleiben oder wieder in sie zurückgenommen werden.

1) *Denmark, its medical Organisation etc. Kopenhagen* 1891.
2) *Blätter f. Taubstummenbildung. 4. Bd.* (1891).

3. Allgemeine Massnahmen zur Förderung der Gesundheit.

a) Förderung gesundheitlicher Lebenshaltung.

Blicken wir auf die Erkrankungen des Kindesalters zurück, wie wir sie in einigen Hauptgruppen zusammengefaßt haben, so hat sich in jedem Falle der bedeutungsvolle Einfluß der sozialen Verhältnisse auf ihre Entstehung erkennen lassen. Unter anderem kam derselbe in den Wohnungsverhältnissen zum Ausdruck, wobei sich freilich nicht leugnen läßt, daß der unmittelbare und isolierte Einfluß dieses Faktors auf die Gesundheitsverhältnisse gewöhnlich nicht genügend sicher nachzuweisen war. Im einzelnen war es die Dichtigkeit der Grundstücksbebauung und der Kopfzahl in den Wohnungen selbst, welche zu Verdauungskrankheiten, sowie zu akuten und chronischen Infektionskrankheiten disponierte. Wie der Wohnungsnot gesteuert werden kann, zu erörtern, ist jedoch ebensowenig unsere Aufgabe, wie wir in Vorschläge zur Bekämpfung der sozialen Not, von der die erstere nur eine Teilerscheinung ist, eintreten dürfen.

Hingegen fällt es zweifellos in den Rahmen unserer Erörterungen, auf eine zweite allgemeine Veranlassung für die Erkrankungen des Kindesalters einzugehen, welche sich zwar ebenfalls als Ausfluß der sozialen Verhältnisse erweist, ohne daß jedoch ihre selbständige Bekämpfung als aussichtslos erschiene. Nachdem der Staat es allgemein als eine Pflicht anerkannt hat, einem jeden seiner Bürger ein gewisses Maß von Bildung zu geben, kann es nicht mehr für unmöglich gehalten werden, ihm auch das besondere Wissen, welches ihm zur Erhaltung der eigenen Gesundheit, sowie der Gesundheit seiner Umgebung (im besonderen seiner Kinder) nützlich und nötig ist, zu übermitteln, und ebensowenig erscheint es ausgeschlossen, einem jeden, den bei dem Kampf um die Gesundheit sein eigenes Wissen und Vermögen im Stich läßt, von staatlicher Seite ärztliche Unterstützung zuzuweisen.

Die Verbreitung von hygienischem Wissen wird sich am besten an die allgemeine Bildung durch die Schule anschließen; hierdurch kann sie in die tiefsten Volksschichten und gerade da, wo sie am meisten not thut, eindringen. Wenn der Lehrstoff auch nur mit Rücksicht auf das kindliche Fassungsvermögen behandelt werden kann, so sind doch gerade die wichtigsten hygienischen Grundsätze gleichzeitig die einfachsten und darum leicht dem kindlichen Gedächtnis und Verständnis zu übermitteln. Hierher gehört die Wertschätzung von Luft und Licht und vor allem von Ordnung und Reinlichkeit; gerade letztere bildet ein wichtiges

Kapitel mit vielen Einzelheiten, die Anstand und Sitte meist schon betont haben, bevor die Wissenschaft ihre Bedeutung für die Gesundheit nachwies.

Der hygienische Unterricht kann von Lehrern oder von Aerzten erteilt werden. Wie man bei den ersteren voraussetzen müßte, daß sie selbst zuvor einen gediegenen hygienischen Unterricht genossen haben, der dem besonderen Zweck angepaßt ist, so könnte man auf der anderen Seite nur solche Aerzte für geeignet halten, welche nicht nur hygienisch durchgebildet, sondern auch mit den Grundzügen der Pädagogik hinreichend vertraut sind. Die Aerzte werden zweckmäßig gleichzeitig die Funktionen des Schularztes ausüben.

Wenn wir die Bedeutung des Gesundheitsunterrichtes in der Volksschule am höchsten schätzen, weil er von hier aus in die weitesten Kreise dringt, so ist es doch selbstverständlich, daß in den höheren Schulen der Gesundheitsunterricht erst recht nicht als Ergänzung der Bildung vermißt werden darf.

Wir finden den hygienischen Unterricht in vielen Staaten als fakultatives oder obligatorisches Lehrfach eingeführt. In der argentinischen Republik ist er seit 1884 vorgeschrieben. In den Vereinigten Staaten wird der Unterricht in Physiologie und Hygiene mit besonderer Berücksichtigung der Einwirkung der Alkoholica, Stimulantia und Narkotica meist in sämtlichen Klassen aller der staatlichen Kontrolle unterworfenen Schulen erteilt. In irgend einem Abschnitt ihres Schullebens erhalten ihn die Schulkinder in 24 von den 38 Staaten[3] (p. 75). Ebenso ist die Hygiene in den Écoles prim. supér. Frankreichs Lehrfach. Ferner ist der hygienische Unterricht in Rumänien[3] (p. 86) obligatorisch und wird von Aerzten erteilt, und ebenso ist er in der Schweiz in verschiedenen Kantonen vorgeschrieben. In Oesterreich wird in allen Volksschulen Hygiene im Anschluß an die Realien gelehrt, in Ungarn an allen vollständigen Mittelschulen (Gymnasien und Realschulen) in der VII. oder VIII. Klasse in wöchentlichen zwei Stunden als außerordentlicher Gegenstand (nach dem in seinen Einzelheiten bemerkenswerthen Statut für die Ausbildung, Befähigung und Bestellung der Schulärzte und Professoren der Hygiene[2]).

Zum Theil an die Volksschulen oder an andere Anstalten angeschlossen, zum Teil auch selbständig entwickelt sich neuerdings der Haushaltungsunterricht*). Seine Verbreitung ist auch im Interesse der Kinderpflege auf das wärmste zu wünschen. Nicht nur lehrt er im Allgemeinen eine sparsame und darum zweckmäßige Wirtschaftsführung, welche der sittlichen und materiellen Lebenshaltung zugute kommt, sondern verbreitet auch im besonderen für die Kinderpflege wichtige Kenntnisse (z. B. von der Zubereitung der Milch und sonstiger Kindernahrung), die den ärmeren Volkskreisen häufig abgehen.

Viel weniger Erfolg werden Bemühungen haben, welche dem Erwachsenen die Kenntnis von der Gesundheitspflege des Kindes übermitteln wollen. Es sind der Belehrung nur kleine Kreise zugänglich und nicht gerade diejenigen, welche ihrer am bedürftigsten sind. Man kann das Publikum zunächst durch schriftliche Belehrung aufzuklären suchen.

Bestrebungen wie die der Ladies' Sanitary Association, welche zum Teil auch auf anderen Wegen die Gesundheitspflege der Kinder zu popularisieren sucht, sind gewiß zu billigen und zu unterstützen. In ähnlicher Weise wirken die Société

---

*) Siehe besonders Schriften des deutschen Vereins f. Armenpflege und Wohlthätigkeit, H. 12, 13, 14, 15.

française d'Hygiène, die National Association for the promotion of social science. In Nordamerika und ähnlich in Italien werden nach Fuchs [4] (p. 210) Kalender zu billigem Preise hergestellt, welche nebst den üblichen Daten populäre Mitteilungen über hygienische Kapitel enthalten.

Wenn man den richtigen Augenblick wählt, mag man noch leichter ein williges Ohr finden. So mögen, wenn das Kind eben in den Familienkreis eingetreten ist, gedruckte Vorschläge zu seiner Aufziehung und Pflege unter Umständen einigen Erfolg haben.

Man hat deshalb vielfach durch die Beamten, bei denen die Geburt des Kindes anzumelden ist, den Eltern gedruckte Ratschläge übergeben lassen, so z. B. in Brüssel [3] (p. 55, 84, 86), Paris, Rumänien sowie in verschiedenen Städten Deutschlands (Düsseldorf, Elberfeld u. a.); am meisten verbreitet ist diese Maßregel wohl in der Schweiz (wo besonders Custer's [5] Brochüre verteilt wird). Mit besonderer Hinsicht auf die eiterige Augenentzündung der Neugeborenen wird (nach Pflüger [6]) in einzelnen Städten Englands einer jeden die Geburt anzeigenden Person von Civilstandsbeamten eine Karte vorgelesen und übergeben, welche auf die Verhütung jener gefährlichen Krankheit Bezug hat.

Am leichtesten werden aber bezügliche Belehrungen auf fruchtbaren Boden fallen, wenn eine Krankheit unmittelbar droht oder schon ausgebrochen ist.

So erwähnten wir früher, daß in Frankreich bei Ausbruch einer ansteckenden Krankheit in der Schule, der Familie des Erkrankten und bei Schulschluß auch den Familien der übrigen Kinder Belehrungen zugeschickt werden, und auch sonst besteht vielfach die Einrichtung, solche gelegentlich des Ausbruchs epidemischer Krankheiten zu verteilen.

Im ganzen können wir aber den Wert der gedruckten Belehrungen nicht hoch anschlagen: wenig gelesen, vielfach mißverstanden, werden sie nicht viel ausrichten.

Wenn wir von der mündlichen Belehrung für Vorbeugung und Heilung von Krankheiten im allgemeinen mehr Nutzen erwarten, so geschieht dies allerdings nur in der Voraussetzung, daß sie von sachverständiger und für den Hörer maßgebender Seite ausgeht. Der berufsmäßige Berater des Publikums ist das Heilpersonal — mit der Hebamme angefangen, welche noch regelmäßiger und intimer mit der Hausmutter in Berührung kommt als der Arzt; die Hebamme kann auf die natürliche Ernährung erfolgreich hinwirken und überhaupt zur Zeit der größten Lebensbedrohung zweckmäßige hygienische und diätetische Maßnahmen veranlassen. Es sollte darum der größte Wert darauf gelegt werden, die Hebammen nicht nur in der Geburtshilfe, sondern auch in der Behandlung der Neugeborenen sowie überhaupt in der Säuglingspflege gut auszubilden und ihre Kenntnisse von Zeit zu Zeit aufzufrischen und zu ergänzen.

b) Aerztliche Hilfe.

Noch maßgebender wird freilich der von höherer Einsicht eingegebene Rat des Arztes sein. Die vorbeugende Thätigkeit bildet, unbeschadet dessen, daß die Beschränktheit der Mittel und der Einsicht auf seiten der Hilfesuchenden oft dem Erfolg ein enges Ziel setzt, einen hochwichtigen Teil der ärztlichen Thätigkeit, deren Bedeutung bisher auch nicht entfernt die verdiente Würdigung findet. Damit der Arzt

der hohen Aufgabe des Vorbeugens und Heilens gewachsen ist, muß er allerdings nicht nur im allgemeinen gut durchgebildet, sondern auch im besonderen mit der Kinderheilkunde eng vertraut sein. Leider ist die letzte Forderung vielfach noch wenig berücksichtigt; anstatt verderbliche Vorurteile (wie z. B. die Neigung, alle Krankheiten auf das Zahnen zu schieben) energisch zu bekämpfen, ist der Arzt oft noch selbst in ihnen befangen und enthält dadurch dem Kranken die sachgemäße Hilfe vor.

Die Wichtigkeit der ärztlichen Hilfe ist, wie dies aus zahlreichen Stellen dieser Arbeit erhellt, für die Pflege des kranken Kindes so groß, daß wir etwas genauer auf die Häufigkeit ihrer Inanspruchnahme und Gewährung eingehen müssen.

Allgemein dürfte für das erste Lebensalter am seltensten ärztliche Hilfe in Anspruch genommen werden, obgleich dieses gerade am stärksten gefährdet ist. Zahlenmäßig läßt sich dies nur an der Häufigkeit ärztlicher Behandlung erkennen, welche bei tödlich verlaufenen und infolgedessen zu amtlicher Kenntnis gelangenden Krankeitsfällen stattfand.

Für eine ganze Bevölkerung haben wir aus dem Königreich Sachsen [6], Württemberg [7] und Bayern [8] in dieser Richtung fortlaufende Aufzeichnungen: hier trugen im Jahre 1893, bezw. 1891, bezw. 1892 53,8 Proz., bezw. 52 Proz., bezw. 60,1 Proz. aller Leichenbestattungsscheine den Vermerk der ärztlichen Beglaubigung, so daß höchstens in dieser Häufigkeit ärztliche Behandlung vorausgesetzt werden darf. Unter je 100 Todesfällen der betreffenden Altersklassen waren in Sachsen — die Trennung nach dem Alter ist für Württemberg und Bayern nicht durchgeführt — ärztlich beglaubigt im Alter von 0—1 Jahr nur 27,9, hingegen im Alter von 1—6 Jahren 66,5, 6—10 J. 81,5, 10—15 J. 85,0 Todesfälle; im ganzen waren von allen Todesfällen — mit Ausschluß derjenigen des 1. Jahres — 73,2 beglaubigt. Berücksichtigt man die Todesursachen, so zeigt sich, daß besonders häufig die Erkrankungen des Neugeborenen ohne ärztliche Hilfe bleiben, während z. B. die akuten Infektionskrankheiten, welche am Ende des ersten Jahres und noch mehr in den folgenden Jahren zum Tode führen, viel häufiger — soweit sie schwer verlaufen — ärztlich behandelt werden. So wurde eine ärztliche Bescheinigung beigebracht in Sachsen: bei angeborener Lebensschwäche nur in 17,6 Proz., bei Magen- und Darmkatarrh in 31,2 Proz., hingegen bei Keuchhusten in 61,2 Proz., bei Masern in 63,4 Proz. und bei Scharlach in 80,5 Proz. der Todesfälle; in Bayern: bei angeborener Lebensschwäche in 19,0, bei Atrophie der Kinder in 27,1, bei Darmkatarrh der Kinder in 44,5 Proz. der Todesfälle.

Obgleich in den Durchschnittszahlen Teile Sachsens mitzählen, welche noch weit hinter ihnen zurückbleiben, ist das Verhältnis schon im Ganzen günstig und nur durch besondere Anstrengungen der Sanitätsbehörden in den letzten 20 Jahren erreicht worden. Ohne es im einzelnen belegen zu können, dürfen wir annehmen, daß in anderen Kulturstaaten noch bei weitem seltener ärztliche Hilfe bei Krankheiten zugezogen wird. Ganz besonders ist es das flache Land und das Gebirge, wo die kranken Kinder sie gewöhnlich entbehren, aber selbst in großen Städten, wo die Zahl der Behandelten zweifellos viel größer ist, bleibt die Zahl der behandelten Kinder immerhin noch außerordentlich niedrig.

Die Ursachen für die seltene ärztliche Behandlung der Kranken — mit der ein Mangel in der Vorbeugung der Krankheiten Hand in Hand gehen wird — liegen in zwei Richtungen. Ausgedehnte Kreise der Bevölkeruug — und wohl nicht am wenigsten der weibliche Teil — hängen an altem Aberglauben mystischer oder religiöser Herkunft oder an Vorurteilen, welche einer längst überwundenen ärztlichen Anschauungsweise

ihren Ursprung verdanken. Auf der anderen Seite herrscht gerade bei Kinderkrankheiten ein unseliger Fatalismus, welcher jeden Versuch der Vorbeugung und Behandlung von vornherein lähmt. Leider wird er oft genug von Hebammen und Aerzten geteilt und deshalb unterstützt.

Die zweite Ursache für das Unterbleiben ärztlicher Behandlung liegt darin, daß sie nicht oder schwer zu erhalten ist. Dieser Punkt steht mit dem erwähnten insofern in engem Wechselverhältnis, als dort, wo alter Frauen Weisheit in der Kinderstube regiert, der Arzt nicht verlangt wird und dieser es andererseits, insofern er von der Praxis leben muß, vermeidet, sich in solchen Gegenden niederzulassen und seine Hilfe zur Verfügung zu stellen. Es kommt hinzu, daß auf dem flachen Lande mit spärlicher Bevölkerung — von den Vorurteilen der Laien abgesehen — ärztliche Hilfe oft nur spät zu haben ist und dem Hilfesuchenden zu kostspielig ist, und auf der anderen Seite der Arzt sie nur unter den größten Anstrengungen leisten kann, ohne im allgemeinen auf entsprechende Entschädigung rechnen zu können, um so weniger, als gewöhnlich Krankheit und Armut am gleichen Strange ziehen.

Wenn in den größeren Städten die Kinderstubenweisheit weniger allmächtig ist, und insofern größere Geneigtheit besteht, den Arzt aufzusuchen, so verschlechtert sich hier das Verhältnis zwischen Bedürfnis und Gewährung insofern, als man — bei der größeren Häufigkeit künstlicher Ernährung und der Schwierigkeit, sie gut durchzuführen — häufigere und oft wiederkehrende Erkrankungen der Säuglinge erwarten muß und auf der anderen Seite die zahlreiche Arbeiterbevölkerung die Kosten der Behandlung schwer tragen kann.

Die Maßnahmen zur Sicherung der Behandlung kranker Kinder werden am wenigsten auf einem gesetzgeberischen Zwang gegenüber den Eltern gegründet sein können.

Immerhin sehen wir in Pest einen merkwürdigen Versuch hierzu. Durch ein Gesetz vom Jahre 1876 wurde jede Person, der die Sorge für ein Kind unter 7 Jahren obliegt, bei Strafe angehalten, ärztliche Hilfe im Krankheitsfall nachzusuchen und wohl infolge dieser Bestimmung sank die Zahl der ohne ärztliche Behandlung verstorbenen Kinder von 40,67 Proz. im Jahre 1876 bis auf 10,91 Proz. im Jahre 1881 (Körösi[8]).

Wichtiger dürfte es sein, die Möglichkeit ärztlicher Hilfeleistung zu erhöhen. Es kann dies zunächst dadurch geschehen, daß man — unter Umständen durch behördliche Zuschüsse — Fürsorge trifft, daß sich überall Aerzte im Verhältnis zum Bedürfnis niederlassen. Vor allem aber sollte man den unbemittelten Kranken ärztliche Behandlung zugängig machen; soweit sie geradezu arm sind, muß ihnen ebenso wie der notdürftige Lebensunterhalt auch freie ärztliche Hilfe und Arznei und zwar in leicht erreichbarer Weise gewährt werden. Wie aber die Armenpflege selbst, so steht auch die offene Pflege der Armenkranken oft und zwar besonders auf dem Lande auf einer sehr niedrigen Stufe. (Ohne in ihre Schilderung für die einzelnen Kulturstaaten eintreten zu können, bemerken wir nur, daß selbst in Deutschland die Fürsorge für Armenkranke vielfach sehr mangelhaft ist[9]). Wo nicht Bedürfnis oder Möglichkeit vorliegt, besondere Armenärzte anzustellen, sollte den staatlichen Medizinalbeamten oder sonstigen Aerzten gegen besondere Entschädigung die Pflicht der Armenbehandlung auferlegt werden.

Vom formalen Standpunkt mag es ausreichend sein, ärztliche Behandlung nur in einem solchen Falle unentgeltlich zu gewähren, wo der Nachweis der Armut in der für eine Unterstützung auch sonst erforderlichen Form geführt ist; thatsächlich erschwert es die Durchführung dieses Grundsatzes dem Unbemittelten außerordentlich, die ärztliche Hilfe überhaupt oder in ausreichender Weise anzurufen. Sehr ausgedehnte Bevölkerungskreise leben heute, ohne förmlich arm zu sein, von der Hand in den Mund und können für außerordentliche Ausgaben, wie sie im Krankheitsfall erwachsen, nichts erübrigen. Wo diesen Kreisen durch staatliche Versicherung Krankenbehandlung gesichert wird, bezieht sie sich meist nur auf die Versicherten selbst, ohne deren Familien einzuschließen, sodaß selbst hier gerade das besonders gefährdete Kindesalter ohne Hilfe bleibt. (Die deutsche Krankenversicherung gestattet den Kassen, die Krankenbehandlung auch auf die Familie der Versicherten auszudehnen, doch machen hiervon nur wenige Kassen Gebrauch.) Es würde daher den allgemeinen Gesundheitsverhältnissen außerordentlich zu gute kommen, wenn Unbemittelten öffentlich freie Krankenbehandlung für ihre Kinder gewährt würde, ohne daß dieselbe ohne weiteres als Armenunterstützung angerechnet würde.

Im allgemeinen wird nur ausnahmsweise — z. B. bei Ausbruch von Epidemien — diesem Wunsche entsprochen. Das Vorgehen der Gesundheitsbehörde in New York bildet eine Ausnahme; hier werden in richtiger Würdigung der Ursachen der hohen Kindersterblichkeit in jedem Sommer eigenartige Maßregeln zur unentgeltlichen Fürsorge für die Unbemittelten getroffen. Sobald die Zeit der Sommerdiarrhöen herankommt, wird — abgesehen von der fortlaufenden Sanitätsinspektion — ein Stab von 50 Aerzten gebildet, der über die Stadt mit der Aufgabe verteilt wird, jedes Mietshaus, besonders in den armen und bevölkerten Distrikten, zu besuchen und nach Bedarf medizinische Anweisungen und Behandlung zu gewähren, Regeln für die Kinderpflege zu verteilen und die Abstellung aller gesundheitswidrigen Zustände herbeizuführen. Im Sommer 1891 wurden durch diesen Stab 39 164 Mietshäuser besichtigt, 335 293 Familien besucht, 19 777 Kranke behandelt, 5340 Fälle gesundheitswidriger Zustände abgestellt, die weitere Verfolgung von 360 anderen Fällen veranlaßt, 36 551 Anweisungen zur Kinderpflege verteilt und 14 861 Billets zu den St. John's Guild-Seeausflügen (s. S. 581) verteilt. Die Gesundheitsbehörde glaubt wohl mit Recht durch diese Maßnahmen einen günstigen Einfluß auf die Kindersterblichkeit auszuüben [10] (p. 17). — Auch die Children's Aid Society sucht im Sommer die kranken Kinder in den Mietshäusern auf.

Die Bestrebungen, den kranken Kindern der Unbemittelten durch freie Wohlthätigkeit zu helfen, sind zahlreich, wenn auch nicht ausreichend. Sie bilden einen Teil der freiwilligen Armenkrankenpflege überhaupt, wie sie durch zahlreiche Vereine — vor allem in den Städten — ausgeübt wird.

Ausschließlich der offenen Behandlung der Kinder gewidmet sind vielfach Ambulatorien (Polikliniken, Dispensaries, Dispensaires) (Rauchfuß [11], Uffelmann [12]). In mehr oder weniger ausgedehntem Maße gewären sie neben freier ärztlicher Behandlung auch freie Arznei, zuweilen auch freie Bäder, Bandagen u. s. w.

Insofern die offene Behandlung der meisten inneren Krankheiten am besten in der Wohnung des Kranken erfolgt, darf die poliklinische Behandlung hier nur als Notbehelf gelten; im besonderen kann der Transport infektiös kranker Kinder in die Poliklinik dem öffentlichen Interesse widersprechen; auch wird es nicht immer ohne Schaden sein, die Kinder auf weite Entfernungen zu transportieren und mit ihnen oft sehr lange bis zu ihrer Abfertigung in der Anstalt zu warten. Hingegen giebt es

wieder andere, besonders chirurgische Krankheiten, bei denen die poliklinische Behandlung um so mehr angezeigt ist, als hierdurch eine Behandlung im Krankenhaus, die besonders für kleine Kinder manche Gefahren bietet, vermieden werden kann.

Wenn man diese Anzeigen für poliklinische Behandlung im Auge behält, muß es als eine Verschlechterung der Krankenfürsorge betrachtet werden, wenn die häusliche Behandlung derjenigen Kranken, welche armenunterstützt werden, grundsätzlich — soweit es eben angeht — durch poliklinische Behandlung ersetzt wird. Die poliklinische Behandlung soll nicht eine Verbilligung der Armenkrankenpflege auf Kosten ihrer Zweckmäßigkeit ermöglichen, sondern ihren Schwerpunkt in der Behandlung derjenigen großen Kreise finden, welche sonst ohne ärztliche Hilfe bleiben würden. Aus dem gleichen Grunde sind auch die bemittelteren Kreise von der poliklinischen Behandlung auszuschließen, wobei freilich anzuerkennen ist, daß nach Landesverhältnissen und Krankheitsfall der Stand der Vermögensverhältnisse, welche noch zu unentgeltlicher Behandlung berechtigen, verschieden angesetzt werden muß.

Die Aufgabe einer Poliklinik muß es sein, unentgeltliche Hilfe täglich zu einer zweckmäßigen Tageszeit zu gewähren. Die Inanspruchnahme sollte dadurch erleichtert werden, daß die Nachsuchenden nicht zu viel Zeit opfern müssen; die arzneilichen Verordnungen sollten, soweit sie nicht kostenlos verabreicht werden, möglichst billig getroffen werden. Die Behandlung muß so bereitwillig gewährt werden und trotz Massenzudrangs in die Einzelheiten des Falles so tief eindringen, daß sich das Publikum gern und schon im Anfangsstadium der Krankheit einfindet. Soweit nötig und möglich, wären die therapeutischen Maßnahmen sofort einzuleiten, um ihre richtige häusliche Fortführung zu sichern. Mit der Behandlung sind hygienisch-diätetische Belehrungen zu verknüpfen; dieselben werden zweckmäßig außerdem noch gedruckt verteilt. Womöglich ist mit der ambulatorischen Behandlung in gewissen Fällen ein häuslicher Besuch durch Krankenpflegerinnen zu verbinden, welche hierbei u. a. Gelegenheit finden, auf die hygienische und technische Seite der Kinderpflege zu achten.

Die baulichen Anforderungen an eine Kinderpoliklinik schwanken nach ihrer Frequenz und nach ihrer spezialistischen Entwickelung. Nur bei kleineren und unvollkommenen Ambulatorien wird die Sprechstunde durch e i n e n Arzt abgehalten werden; in der Regel wird sich wenigstens eine Gliederung in eine chirurgische und innere Sprechstunde, welche gleichzeitig in verschiedenen Räumen abgehalten werden, vollziehen; in größeren Polikliniken werden sogar noch andere Spezialabteilungen (z. B. für Nasen-, Hals-, Ohren-, für Haut-, Zahn-, Nerven- und Augenkrankheiten) hinzukommen; in Zusammenhang mit der chirurgischen muß eine orthopädische Abteilung stehen. In jedem Falle sollte es möglich sein, Kinder, die auf Infektionskrankheiten verdächtig sind, von den übrigen zu trennen. Ein kleineres Ambulatorium wird sich hiernach mit einem Vorraum, Wartesaal, Isolierraum, Sprechzimmer und Abort begnügen können. Bei größeren Ambulatorien sind folgende Räume erforderlich: 1) Vorraum, in dem die Kranken einer vorläufigen Besichtigung unterzogen und, soweit neu, in die Bücher eingetragen und, soweit infektiös, in ein Isolierzimmer gewiesen werden; 2) Warteräume, am besten getrennt für neue und für schon behandelte Kranke; 3) Sprechzimmer für

die einzelnen Spezialfächer; bei starkem Betriebe findet außerdem wenigstens für die inneren Kranken eine räumliche Trennung nach neuen und in Behandlung befindlichen Kranken statt; hierdurch ermöglicht sich eine schnellere Abfertigung der größeren Zahl von fortlaufend behandelten Kranken, während die kleinere Zahl Neueintretender in Muße der ersten Untersuchung unterzogen werden kann; 4) Operationssaal; anstoßend hieran 5) ein Erholungsraum; 6) Raum zum Wechseln der Verbände etc.; 7) Raum für orthopädische Behandlung; 8) Isolierzimmer (womöglich mehrere kleinere); dieselben müssen vom Vorraum zu erreichen sein und womöglich einen direkten Ausgang haben; 9) Laboratorium; 10) Apotheke; 11) Wohnung der Wärterin. Der Betrieb sollte bei großer Krankenzahl so eingerichtet sein, daß ein Arzt die Vorbesichtigung im Vorderraume macht, und eine genügend große Zahl von Aerzten — möglichst zu gleicher Zeit — die Behandlung ausübt. Die ausführlichen Anweisungen an die Kranken können bei starkem Betriebe durch gut instruierte Wärterinnen erfolgen.

Wir geben anbei den Grundriß des Gebäudes der Poliklinik des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin. Nach der Voruntersuchung in Zimmer *a* werden die der Infektion unverdächtigen Kinder dem Wartezimmer *b*, die der Kontagion verdächtigen in eines der 4 Isolierzimmer (c, c^1, c^2, c^3) gewiesen, neben denen sich besondere Klosettanlagen befinden. In Verbindung mit *b* steht das Bad *d* nebst 2 Klosetts, während *e* und *f* die eigentlichen Ordinationszimmer für innere und äußere Kranke sind. Zimmer *e* hat die Einrichtungen eines vollständigen Operationszimmers, während Zimmer *f* verdunkelt werden kann, sodaß Augen-, Kehlkopf- und Ohrenkranke daselbst untersucht werden können. (Nach Arch. f. Kinderh. 13. Bd. [1891].) Das „Ruhezimmer" ist jetzt für die Orthopädie in Benutzung genommen.

Daß eine gut geleitete und mit entsprechenden Mitteln versehene Poliklinik mittelbar und unmittelbar einen günstigen Einfluß auf die Gesundheitsverhältnisse im Kindesalter ausüben kann, ist schon aus der

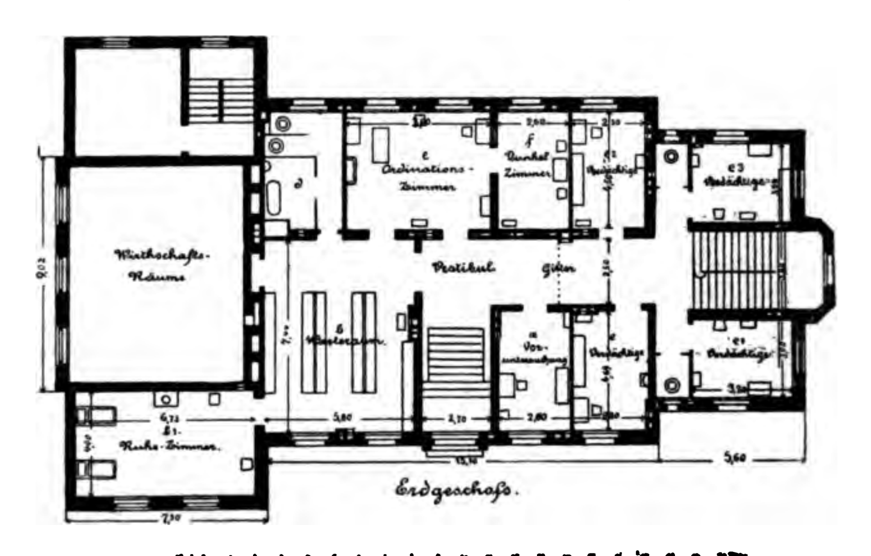


Fig. 7. Poliklinik im Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus zu Berlin. Grundriß.

Verteilung der hilfesuchenden Altersklassen zu erkennen: es findet sich hier das jüngste Lebensalter, wie es der Erkrankungshäufigkeit entspricht — im Gegensatz zu der Verteilung der Altersklassen, die wir weiter oben bei ärztlicher Inanspruchnahme antrafen — am häufigsten vertreten.

Z. B. stehen in der Poliklinik des Kopenhagener Kinderspitals 28 Proz. (Denmark[13]), in der Universitätspoliklinik München (Reisingerianum) 29,4 Proz. (Seitz[14]) im 1. Jahre, im 2.—5. Jahre 30,4 Proz., in der Poliklinik des Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhauses in Berlin[15] im 1. Jahre 30,3, im 2.—4. Jahre 26 Proz., in der Poliklinik des Wilhelm-Augusta-Kinderhospitals in Breslau (Soltmann[16]) im 1. Jahre 42 Proz., im 2.—3. Jahre 25 Proz., im Jennerschen Kinderspital in Bern im 1. Jahre 43,4 Proz. der behandelten Kinder.

Die Ambulatorien sind z. T. durch wohlthätige Vereine oder Stiftungen unterhalten, z. T. bestehen sie als Lehranstalten der Universitäten, seltener sind sie Unternehmungen von praktischen Aerzten; sie sind selbständig oder an Krankenhäuser angegliedert. Von Polikliniken mit weitgehender Spezialisierung und entsprechend ausgedehnter, z. T. geradezu großartiger Ausstattung wären hier das von Me Furtado-Heine gegründete Dispensaire in Paris sowie dasjenige des Dr. Gibert in Havre besonders zu nennen; wenigstens das erstere schließt allerdings Säuglinge von der Behandlung aus. Das Eigenartige dieser beiden Dispensaires ist, daß sie sich nicht darauf beschränken ärztliche Ratschläge zu geben, sondern auch einen Teil der Behandlung durchführen. So wurden z. B. in dem Dispensaire Furtado-Heine nicht nur in den Sprechstunden für Medizin, Chirurgie, Augen-, Nasen- etc. und Zahnkrankheiten in dem Jahre 1893 54 645 Konsultationen gewährt, sondern außerdem 244 537-mal die ärztlichen Verordnungen ausgeführt: es handelt sich hierbei um Anlegen von Verbänden und Apparaten, um Eingeben von Leberthran u. dergl., um Verabreichung von Mahlzeiten, um Bäder, Douchen, Gymnastik, Massage und elektrische Behandlung. Von räumlich beschränkteren, aber zweckmäßig eingerichteten Polikliniken der letzten Jahre nennen wir die mit dem Kinderkrankenhaus in Leipzig sowie in Berlin (Baginsky) verbundenen Polikliniken.

Um die Ausdehnung, welche schon jetzt in größeren Centren die poliklinische Behandlung hat, anzudeuten, sei erwähnt, daß die 3 Petersburger Kinderspitäler schon im Jahre 1881 mehr als 50 000 Kinder behandelten (Rauchfuß[11]). In Paris wurden (nach freundlicher Mitteilung des Herrn Dr. J. Comby) im Jahre 1894 im Hôpital Trousseau, Hôpital des Enfants Malades und in den 4 Dispensaires der Société Philantropique gegen 89 763 Kinder poliklinisch behandelt (hierbei fehlen u. a. die Zahlen für das Dispensaire Furtado-Heine). In Wien wurden nach der freundlich für mich gemachten Erhebung des Herrn Dr. Zappert in Wien im Jahre 1893 ca. 103 000, in Berlin im Jahre 1892 nur 13 014, in Rom nur 4762 Kinder in Polikliniken behandelt[17]. Bei allen diesen Angaben ist übrigens zu berücksichtigen, daß Kinder auch in den Polikliniken anderer Spezialfächer in großer Zahl Behandlung finden.

Bei kranken Kindern im zarten Lebensalter ist die häusliche Behandlung, von besonderen Fällen abgesehen, der Anstaltspflege vorzuziehen; Kinder im vorgeschrittenen Kindesalter erkranken verhältnismäßig selten in schwerer Weise; insofern ist auch bei ihnen die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung im Ganzen nicht sehr ausgesprochen. Die Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung besteht daher besonders dort, wo die häuslichen Verhältnisse einer Wiederherstellung der Gesundheit hinderlich und einer sonstigen Beeinflussung nicht zugänglich sind. Dies trifft besonders häufig bei Säuglingen, welche in fremder Pflege sind, zu.

Von Krankheitsformen sind es besonders chirurgische Erkrankungen, welche gebieterisch Anstaltsbehandlung verlangen können. Hierher gehört auch die bei Diphtherie nötig werdende chirurgische Behandlung. Außerdem sind es vorzugsweise die ansteckenden Krankheiten, welche an und für sich Krankenhausbehandlung erfordern oder aber — im Interesse der gesunden Familienmitglieder — im Krankenhaus isoliert werden müssen.

Es ist hier nicht unsere Aufgabe, genauer auf die Behandlung in Krankenhäusern einzugehen. Es sei darum nur bemerkt, daß sie in besonderen Abteilungen allgemeiner Krankenhäuser oder noch besser in besonderen Kinderkrankenhäusern erfolgt; letztere können den Besonderheiten der Kinderpflege, sowie der Isolierung der ansteckenden Krankheiten am besten gerecht werden.

Die Behandlung kranker Säuglinge hat in Anstalten ganz besondere Schwierigkeiten, deren völlige Ueberwindung bisher nirgends geglückt ist. Da in allgemeinen Krankenanstalten die besondere Fürsorge, welche die Säuglinge erheischen, am wenigsten erwartet werden kann, sollte hier die Aufnahme von Säuglingen wenigstens nur zusammen mit der Mutter — wie dies auch fast überall geschieht — stattfinden. Am besten sind die Säuglinge in besonderen Abteilungen der Kinderkrankenhäuser zu verpflegen oder aber in besonderen Säuglingskrankenhäusern. Letzteres ist mit besonderem Vorteil z. B. in Verbindung mit Findelanstalten durchzuführen, da man hier dem kranken Säugling Ammenbrust verschaffen und damit dem wesentlichen Hindernis für seine Genesung abhelfen kann. (In Brüssel ist in diesem Sinne die Säuglingskrankenabteilung des Findelhauses zu einem Säuglingskrankenhaus, welches überhaupt kranke Säuglinge aufnimmt, erweitert.) Aber selbst, wo der Vorteil der Ammenbrust nicht gewährt werden kann, ist es vorteilhaft, wenn die Säuglingskrankenabteilung in engem örtlichen Zusammenhang mit der Findelhaus-, Waisen- oder Haltekinderverwaltung steht. Die Kranken dieser Abteilung setzen sich in der Regel aus Haltekindern oder öffentlich verpflegten Kindern zusammen, und es ist für diese zwar unter Umständen sehr wichtig, bei Erkrankung in einer Krankenabtheilung Aufnahme zu finden, nicht weniger wichtig aber, sobald es ihr Gesundheitszustand nur irgend erlaubt, in eine geordnete Familienpflege zurückversetzt zu werden. Dies ist aber nur möglich, wenn das Halte- und Kostkinderwesen gut geregelt und außerdem in sachlicher und womöglich auch örtlicher Verbindung mit der Krankenbehandlung steht (Neumann[18]).

Schluss.

So mannichfaltig auch im einzelnen die Maßnahmen zur Vorbeugung einer gesundheitlichen Schädigung des Kindesalters sind, so einfach und klar sind im ganzen die Mittel, deren sich die öffentliche Gesundheitspflege hierbei zu bedienen hat. Ist ihre Aufgabe ihrer Natur und Bedeutung nach erst scharf erfaßt, so werden zweckmäßige gesetzliche Anordnungen, verbunden mit sorgfältiger Durchführung, nicht auf sich warten lassen, so werden die Behörden die privaten Bestrebungen zur rechten Zeit unterstützen und andererseits, wo es nötig ist, selbst unternehmend vorgehen. Die Kosten, die bei der Vorbeugung von Krankheiten entstehen, werden mehr als gedeckt durch die Kosten, welche die Behandlung der Krankheit und die Fürsorge für ihre Folgezustände erfordern.

1) **Burgerstein**, *Schulhygienisches aus den Vereinigten Staaten, Z. f. Schulgesundheitspflege* (1893).
2) *Statut für die Ausbildung, Befähigung und Anstellung der Schulärzte und Professoren der Hygiene an den ungarischen Gymnasien und Realschulen, Budapest* 1891.
3) *Congr. d'hygiène* 1889.
4) **Fuchs**, *Ursachen und Verhütung der Blindheit* (1885).

5) **Gustav Custer**, *Grundsätze f. d. Gesundheitspflege des Kindes im* 1. *Lebensjahr* (*Säuglingsalter*), *Zürich* 1893.
6) 25. *Jahresber. d Landes-Medizinalkollegiums üb. d. Medizinalwesen im Königr. Sachsen auf das Jahr* 1893 (1894).
7) *Württemberg. Jahrbücher, Jahrg.* 1893 *H.* 2.
8) **Körösi**. *Die Kindersterblichk. in Budapest während d. Jahre* 1876—1881, *Berlin* 1885.
9) *VIII. Jahresversammlung d. Deutsch. Ver. f Armenpfl. und Wohlthätigkeit, Leipzig* 1887.
10) *Annual Report of the Board of Health of the Health Department of the City of New York for the year ending Dec.* 31, 1891, *New York* 1892.
11) **Rauchfuſs**, *Die Kinderheilanstalten, Gerhardt's Handb. der Kinderkrankh.* 1. *Bd.* 2. *Abt.* (1882); *Die Bedeutung d. pädiatr. Poliklinik f. d. Verbreitung gesunder hygienischer Anschauungen im Volke, Internat. med. Kongr. in Kopenhagen Aug.* 1884.
12) **Uffelmann**, *Handb. d. Hygiene des Kindes, Leipzig* 1881.
13) *Denmark, its medical Organization, Hygiene and Demography, Copenhagen* 1891.
14) **C Seitz**, *Zweiter Bericht f. d. Jahr* 1891, *München* 1892.
15) 2. *Bericht über das Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinder-Krankenhaus in Berlin für die Zeit vom* 1. *Aug.* 1891 *bis* 31. *Dez.* 1892.
16) 54. *Jahresber. über die Thätigkeit des Wilhelm-Auguste-Hospitals f. d. Jahr* 1891 *von* **Soltmann**.
17) *Statist. Jahrb. d. Stadt Berlin f. d Jahr* 1892.
18) **H. Neumann**, *Was geschieht in Berlin für kranke und hilflose Säuglinge? Berl. klin. Wochenschr.* (1891) *No.* 28 *und Deutsche Medizinal-Zeitung* (1891).
19) *Generalbericht der Sanitätsverwaltung im Königr. Bayern f. d. Jahr* 1892.

III. Vorbeugung der Verwahrlosung. Schutz nach ihrem Eintritt.

1. Vorbeugung.

a) Formen der Gefährdung.

Wie im Beginn des Lebens die Gefahren für die Gesundheit besonders zahlreich sind und den in der Entwickelung begriffenen Körper besonders schwer schädigen, ebenso häufen sich um diese Zeit die Gefahren, welche der eben erwachenden Seele und besonders ihrer ethischen Entwickelung drohen. Wenn auch nicht immer, so sind es doch häufig die gleichen Individuen, welche auf der einen Seite in ihrer körperlichen, auf der anderen in ihrer ethischen Gesundheit gefährdet sind, wobei gewöhnlich die gleichen ungünstigen Verhältnisse in beiden Richtungen einwirken. Zuweilen ist es geradezu ein und dasselbe schädliche Moment, welches in einer nicht genauer zu trennenden Weise das ganze Individuum schädigt.

Im allgemeinen freilich wird im frühesten Kindesalter leichter der Körper, im späteren leichter die Seele Schaden leiden, obgleich nicht zu leugnen ist, daß sich auch schon am Ende des 1. Lebensjahres der Charakter verbittern und verderben und andererseits auch noch im späten Kindesalter die Körperkraft eines bisher gesunden Kindes unschwer untergraben läßt.

Die Schädigung des Kindes geschieht zum Teil geradezu vorsätzlich, zum anderen Teil in der Weise, daß das Nötige unterbleibt. Obgleich man eigentlich nur im letzteren Falle von Verwahrlosung sprechen kann, so wird doch dieser Begriff auch auf den ersteren Fall angewendet. Eine gewisse Verwirrung des Begriffes hat sich außerdem insofern gebildet, als man von der Verwahrlosung eines Kindes bald in dem Sinne spricht, daß ihm nicht von den Verpflichteten die nötige Fürsorge zu-

gewendet wird, ohne hiermit auszudrücken, daß das Kind schon Schaden genommen hat, bald jedoch in dem Sinne, daß das Kind durch seine Handlungen eine sittliche Schädigung beweist, ohne hieraus bestimmt folgern zu wollen, daß seine Erziehung mangelhaft gewesen ist; im ersteren Falle ist das verwahrloste Kind also nur sittlich gefährdet, im zweiten schon verdorben.

1. Schädliche Behandlung oder Verwendung der Kinder.

Schildern wir zunächst einige Hauptgruppen von vorsätzlicher Schädigung seitens derjenigen Personen, denen die Sorge um ein Kind anvertraut ist. Besonders gegen kleinere Kinder werden häufig planlos Mißhandlungen verübt, in welchen sich Rohheit ihrer selbst willen oder auch gestachelt durch irgend welche Gefühle des Hasses, Luft macht.

Am häufigsten führt wohl die Trunksucht zu einer derartigen Entartung des Charakters, daß die angeborene Zuneigung gegen das eigene Fleisch und Blut verloren geht, so daß die Mißhandlungen der Kinder der Verbreitung der Trunksucht in einem gewissen Grade parallel gehen werden. Abgesehen von dieser krankhaften Verkehrtheit des Fühlens, die auch noch andere Grundlagen haben kann, sind es zuweilen ganz persönliche Gründe, welche das Kind mißliebig machen: Stiefkinder oder uneheliche Kinder sind häufig in dieser bedauernswerten Lage, und zwar besonders dann, wenn gleichzeitig leibliche oder eheliche Kinder in der Familie sind.

Mit der Schwierigkeit des Erwerbs steigert sich zuweilen nicht nur die Vernachlässigung, sondern auch die absichtliche Mißhandlung der Kinder.

Hier eins der schlimmsten Beispiele: es giebt Fälle, wo die Eltern um Geldvorteils willen ihr Kind zu Tode martern und damit das berufsmäßige Treiben der Engelmacherei (s. Seite 496), welche doch nur fremde Kinder ums Leben bringt, in den Schatten stellen. Vorwiegend in England — und zwar besonders in den Industriecentren — giebt es Versicherungskassen oder Begräbnisvereine, welche gestatten, Kinder jeden Alters auf den Todesfall zu versichern, oder bei der Versicherung der Erwachsenen ohne besondere Zahlung die Kinder einschließen. Die Aussicht, bei dem Tode des Kindes einige Pfund — einen Teil hiervon in Form von alkoholischen Getränken — ausgezahlt zu bekommen, verringert nun häufig das Interesse an der Erhaltung des Lebens oder läßt die Eltern geradezu den Tod des Kindes anstreben. Ist es auch richtig, daß sich der Zusammenhang zwischen Versicherung und Tod des Kindes nur selten bindend nachweisen läßt, so ist er doch nach zahlreichen Beobachtungen als häufig vorhanden anzunehmen. Welchen verwüstenden Einfluß aber die Versicherung unter Umständen erlangen mag, kann man sich vorstellen, wenn man von ihrer Häufigkeit Kenntnis erhält. Es waren z. B. im Jahre 1889 von 251 Kindern unter 14 Jahren, welche in dem Kinderhospital von Manchester starben, nicht weniger als 73 Proz. auf den Todesfall versichert [Hutton [1], Snijders ('s Gravesande) [2] (p. 262), Annual Report [3] (p. 22), Paget [4] (p. 67), Waugh [5]].

Laster und Armut, in wechselndem Verhältnis gemischt, ziehen auf die mannigfachste Weise aus dem Kinde ohne Rücksicht auf sein kör-

perliches und sittliches Gedeihen ihren Nutzen. Vor allen in Bevölkerungscentren werden kleinere Kinder zur Erweckung von Mitleid an Bettler ausgeliehen oder von den Eltern selbst in den Straßen, notdürftig gekleidet, dem Wind und Wetter ausgesetzt. Größere Kinder werden unmittelbar oder unter dem Schein des Handels mit Blumen, Streichhölzern und dergleichen zum Betteln bei Tag oder Nacht angehalten.

Wie häufig aber die Bettelei auf die Bahn des Verbrechens — im besonderen zu Vergehen gegen das Eigentum und bei Mädchen gegen die Sittlichkeit — führt, ist bekannt. Im Jahre 1881 wurde z. B. in England festgestellt, daß 67 Proz. der zur Zwangserziehung abgegebenen Kinder Straßenverkäufer waren (Lenz[6]).

Am schmählichsten ist es zweifellos, wenn Mädchen von ihren Eltern zur Prostitution veranlaßt werden.

Gelegentlich erhellen Sensationsprozesse mit einem Streiflicht den Abgrund der Gemeinheit, der sich besonders in den Riesenstädten aufthut. Fedorow[30] berichtet aus St. Petersburg: „In der Zahl der von der Polizei, unter Mithilfe der Agenten des Comité aufgegriffenen sogen. Kommissionsfrauenzimmer befanden sich im Jahre 1890 16 Minderjährige, und zwar 7 15-jährige, 6 14-jährige, 2 12-jährige und 1 11-jähriges. Fast alle hatten Eltern, aber verkommene, waren von Jugend auf ohne Aufsicht aufgewachsen und zuweilen von den Müttern zur Prostitution gebracht worden."

Als besondere Abart der Ausnutzung ist hier das öffentliche Ausstellen von abnorm gestalteten und verbildeten Kindern zu erwähnen, und dies leitet dazu über, das Heranziehen der Kinder zu Schaustellungen aller Art zu beleuchten.

Die Schädigung wird hierbei verschieden stark ausfallen — es ist ein großer Unterschied, ob das Kind in einem rauchigen Nachtlokal unter den rohen Bemerkungen des Publikums, womöglich belohnt durch reichliche Gaben von alkoholischen Getränken, seine Kunststücke produziert oder ob es auf einer Schaubühne nur ab und zu zu kleineren Leistungen herangezogen wird.

Während bei der bisher erwähnten Benutzung des Kindes zu Erwerbszwecken die Gefahr einer Schädigung meist klar zu Tage liegt, und daher den Eltern gewöhnlich der Vorwurf einer rohen Gesinnung nicht zu ersparen ist, kommt in der gleich zu erwähnenden Ausnutzung der kindlichen Arbeitskraft wesentlich das an und für sich berechtigte, in diesem Fall jedoch rücksichtslos über das Ziel hinausschießende Bestreben, sich durch die Not des Lebens durchzukämpfen, zum Ausdruck.

Die Bedeutung der Kinderarbeit charakterisiert Jacobi[7] (p. 58) mit folgenden Worten: „Frühe Kinderarbeit schädigt die Schulbildung und Erziehung. Kinderarbeit bedeutet Unwissenheit, Unwissenheit bedeutet Hilflosigkeit und Aermlichkeit, Aermlichkeit bedeutet oder kann es bedeuten und bedeutet es thatsächlich hunderttausendmal Unterstützungsbedürftigkeit und Arbeitshaus, Verbrechen und Gefängnis. Darum schützt sich die menschliche Gesellschaft und sichert sich der Staat, wenn sie sich gegen vorzeitige Kinderarbeit wenden."

Schon im schulfähigen Alter und zwar selbst dort, wo die Schulpflicht besteht und durchgeführt wird, müssen die Kinder verdienen helfen.

Es sind Erhebungen über die gewerbliche Nebenbeschäftigung von Volksschülern, z. B. in Leipzig (Sozialpolit. Centralblatt II, 1893, p. 104), Rixdorf und Charlottenburg (Soziale Praxis IV, No. 30, 1895, p. 424) veranstaltet und haben überall zu ähnlichen Resultaten geführt. Es ergab sich z. B. in Rixdorf im Jahre 1894, daß von den Schülern beiderlei Geschlechts 11 Proz., von den Knaben allein 18,4 Proz. außerhalb der Schulzeit beschäftigt werden. Schon von den 6—8-jährigen Schülern und Schülerinnen waren 9 Proz. gewerblich nebenbeschäftigt. Nicht nur müssen die Kinder z. T. schon frühmorgens (z. B. die Semmeljungen von $3^1/_2$—$6^1/_2$ Uhr) arbeiten, sondern manche werden noch außerdem spät abends (z. B. mit Kegelaufsetzen) beschäftigt. Ein großer Teil findet Beschäftigung als Wagenaufseher, Bierabzieher, Laufbursche in Fabriken und Werkstätten, als Kranzbinder, Kravattennäherin, Kindermädchen, Zinn-, Lumpensammler etc. Der Verdienst schwankt dabei zwischen 0,50 M. und 4 M. pro Woche. Der bei weitem größte Teil dieser Kinder steht über dem Durchschnittsalter der Klasse. Infolge der übergroßen Inanspruchnahme wurden von den Lehrern Mattigkeit. Schlafsucht, Zerstreutheit, geringes Ehrgefühl u. s. f. festgestellt (Vossische Zeitg. No. 37, I. Beil. v. 23. I. 1895). Aus dem Gefängnis für jugendliche Verbrecher in Plötzensee (bei Berlin) wird folgendes mitgeteilt: von 100 Knaben waren 70 während der Schulzeit, von ihnen 20 seit dem 7. bis 9. Lebensjahre als Frühstücksträger, Zeitungsträger, Rolljungen, Laufburschen, Kegeljungen etc. beschäftigt worden, und zwar Morgens früh von $4^1/_2$ Uhr, in einigen Fällen noch früher, bis zur Schulzeit und Nachmittags entweder voll oder von 4 bis $7^1/_2$ oder $8^1/_2$ Uhr Abends (Ephoralbericht über die kirchlichen und sittlichen Zustände der Synode Berlin II, cit. nach Soz. Prax. No. 41 [1895]).

Statt in den Ferien Erholung zu finden, müssen sich die Kinder zuweilen jetzt erst recht anstrengen.

In Pritzwalk (Prov. Brandenburg) fand während der Ferien z. B. im Jahre 1893 der auf Grund der neueren Gesetzgebung funktionierende Gewerbeaufsichtsbeamte Kinder von 9—14 Jahren mit dem Ausmalen von Bilderbogen täglich ca. 10 Stunden beschäftigt (gegen eine Entschädigung von 5 Pfg. pro Stunde bei „geübten und fleißigen Kindern", von noch weniger bei „jüngeren und ungeübten" !) (Ber. d. preuß. Gewerbeaufsichtsbeamten für 1893; Sozialpolit. Centralbl. 1894, p. 553).

Noch viel schlimmere Verhältnisse finden sich für die Kinder im schulfähigen und selbst noch zarteren Alter vielfach dort, wo Hausindustrie getrieben wird; auch wird zu gewissen Zeiten die kindliche Arbeitskraft von der Landwirtschaft in einer ungehörigen und schädlichen Weise ausgenutzt.

Bezüglich der Beschäftigung von Kindern in der Hausindustrie wenige Beispiele: bei den Handwebern im Eulengebirge werden Kinder, die noch nicht schulpflichtig sind, bereits mit Spulen beschäftigt, ältere oft schon an den Webstuhl gesetzt; das Maximum der Arbeitsleistung wird meist schon mit 17 Jahren erreicht (Gothein[8], p. 20). — Im nördlichen Thüringen wurden im Jahre 1885 von 2886 Schulkindern 1177 (40,8 Proz.) gewerblich beschäftigt und zwar 1119 in der Hausindustrie und 58 in Fabriken; 521 (44,2 Proz.) aller gewerblich beschäftigten Kinder waren über 7 Uhr abends, meist bis 9 oder 10 Uhr in der Industrie beschäftigt (Lehmann, Gau und Neubert[9], p. 74).

Während für die Länder mit Schulzwang die gewerbliche Arbeit nur als Nebenbeschäftigung in Betracht kommt, wird in anderen Ländern die Arbeitskraft des zarten Kindes unter Umständen in systematischer Weise im Fabrikbetriebe ausgenutzt. Aber auch nach dem Alter von 13 oder 14 Jahren ist die körperliche Entwickelung noch lange nicht abgeschlossen, sondern hat noch eine so schwierige und empfindliche Periode vor sich, daß die Kinder bei ihrem Uebertritt in das Erwerbsleben im Interesse ihrer Gesundheit durchaus noch mit ihren Kräften haushalten müßten. Wie wenig dies sehr oft der Fall ist, ließe sich wieder an vielen Beispielen zeigen. Selbst in Betrieben, denen nicht

einmal der Erwachsene obliegt, ohne seine Gesundheit zu untergraben, finden wir Kinder beschäftigt.

Es sei nur an die verschiedenen Arten des Bergbaues erinnert. Die eigentliche Kinderarbeit unter der Erde ist ja freilich — im Gegensatz z. B. zu Englisch-Indien — in den europäischen Kulturstaaten gesetzlich untersagt; aber die Altersgrenze ist so niedrig gewählt, daß z. B. in Preußen schon vom 14. Jahr an die sogenannten Jugendlichen in sehr großer Zahl unter Tag beschäftigt werden, im Jahre 1891 unter 361 508 12 684 jugendliche Arbeiter (Sozialpolit. Centralbl. I, 1892, p. 372, und Sozialpol. Centralbl. 1893, p. 513). In Italien standen nach einer Statistik von Bodio von 27 897 beim Schwefelbergbau beschäftigten Arbeitern nicht weniger als 24,1 Proz. im jugendlichen Alter unter 15 Jahren (Sozialpolit. Centralbl. II, 1893, No. 35).

Aber selbst wo die Körperkraft nicht geradezu in sichtbarer Weise zerstört wird, muß die Arbeit — ganz besonders in der Industrie — oft der körperlichen Entwickelung schaden und unter Umständen auch sittliche Nachteile im Gefolge haben und zwar um so mehr, in einem je früheren Lebensalter die Kinder arbeiten müssen.

Auf die mit der frühzeitigen Industriearbeit verknüpfte sittliche Schädigung scheint, abgesehen von der aus den äußeren Arbeitsverhältnissen sich oft unmittelbar ergebenden moralischen Gefährdung, auch statistisch der Umstand hinzudeuten, daß „in Gebieten mit hoher industrieller Entwickelung und ausgedehnter Verwendung jugendlicher Arbeitskräfte auch die Kriminalität der Jugendlichen im Verhältnis zu der der Erwachsenen hoch ist“, wie dies in Deutschland für die sächsischen Kreishauptmannschaften, die nördlichen Kreise von Baden, die Pfalz und Thüringen zu bemerken ist (Kriminalstatistik für das Jahr 1891 [Berlin 1894] II, p. 32).

Besonders gefährlich für die Gesundheit erscheint es, wenn nicht durch reichliche Ernährung und regelmäßigen und ausreichenden Wechsel zwischen Arbeit und Ruhe für einen rechtzeitigen und genügenden Ersatz der verbrauchten Kräfte gesorgt wird. Wenn sich die Gefahr der Ueberanstrengung für die jugendlichen Arbeiter so allgemein und dringend gezeigt hat, daß die meisten Kulturstaaten in dieser Richtung — wie wir später sehen werden — Normen aufgestellt haben, so erlangt doch selbst noch unter diesen Normen die Arbeit zuweilen eine solche zeitliche Ausdehnung — selbst nachts wird sie, wenn auch selten, noch gestattet — daß eine gesundheitliche Schädigung nicht sicher auszuschließen ist. Wir sehen davon überhaupt ab, daß sich in einzelnen Staaten mit einem schon an und für sich zaghaften Kinderschutz (wie z. B. Italien) die strenge Durchführung der Schutzgesetze überhaupt nicht erreichen ließ, und daß es noch gewisse Formen der Arbeitsüberbürdung der Jugendlichen — z. B. in der Hausindustrie — giebt, welche der gesetzlichen Regelung bisher überhaupt kaum zugänglich ist.

Die Ausdehnung der Beschäftigung, im besonderen der Fabrikarbeit von Kindern und Jugendlichen verteilt sich örtlich und in Rücksicht auf die Industriezweige sehr verschieden.

Folgende Andeutungen mögen genügen! In Dänemark befanden sich im Jahre 1891 unter Fabrikinspektion gegenüber 36 542 Erwachsenen nur 2519 Kinder von 10—14 Jahren und 3445 Jugendliche von 14—18 Jahren. Die meisten Kinder waren in Zigarren- und Tabakfabriken beschäftigt (Denmark[10] p. 179). In Italien

(Braun's Sozialpolit. Centralbl. 1895 p. 201/202) verwendet hingegen die Seidenindustrie auch jetzt noch stark die kindlichen Kräfte (fast ausschließlich die Mädchen); im August 1894 waren in ihr 1,13 Proz. der Arbeiter-Kinder von 9—10 Jahren, 7,03 Proz. von 10—12 Jahren und 21,23 Proz. von 12-15 Jahren. In Deutschland[11] (p. 12) kamen im Jahre 1893 auf je eine Fabrik 6,1 jugendliche Arbeiter, von 100 jugendlichen Arbeitern waren unter 14 J. nur noch 2,7 und zwischen 14 bis 16 J. 97,3; ungefähr $^{2}/_{3}$ der beschäftigten Jugendlichen waren männlich. In absoluten Zahlen waren 5911 Kinder unter 14 J. und 213960 junge Leute von 14 bis 16 J. in 36100 Fabriken beschäftigt.

Ueber **Kinderarbeit** *vergl. auch* **8.** *Bd.* **39** *dieses Handbuchs.*

2. Vernachlässigung der Kinder.

In die eben geschilderten Lebensverhältnisse waren die Kinder durch ihre Eltern in der Absicht oder wenigstens mit dem Enderfolg versetzt, daß ihre geistige und körperliche Entwickelung Schaden litt. Viel häufiger noch ergiebt sich aber das gleiche Endresultat, ohne daß eine einzelne Thatsache — Mißhandlung, vorzeitige Arbeit und dergl. — zu beschuldigen wäre. Vielmehr tritt hier eine Verwahrlosung aus Mangel an allen den positiven Einwirkungen ein, welche Geist und Körper der Kinder in zweckmäßiger Weise zu bilden und formen versuchen müssen. Wenn die Eltern nicht nur eine derartige Einwirknng auszuüben versäumen, sondern sogar statt dessen das Kind ungesunden und unsittlichen Einflüssen überlassen, die in der eigenen Familie oder von Fremden her auf sie einströmen, so ist es kein Wunder, wenn ein solches Kind verkommt, zumal es vielleicht schon in seinem Charakter ungünstig beanlagt ist. Im Einzelnen zeigen die Verhältnisse so mannigfaltige Bilder, daß sie nicht erschöpfend vorgeführt werden können. Wir finden hier ungebildete, rohe oder lasterhafte Eltern, denen Beruf oder guter Wille fehlt, den Elternpflichten nachzukommen, wir finden Eltern, die unter der Schwierigkeit des täglichen Broterwerbes auf die Erfüllung dieser Pflichten verzichten müssen; wir finden Kinder, denen die natürlichen Beschützer fehlen und für deren Erziehung die Behörde nicht genügend Sorge trägt.

Aber selbst wo Vater und Mutter trotz aller Armut und Beschränktheit noch imstande wären, brauchbare Mitglieder der Gesellschaft zu erziehen, wird die Erfüllung ihrer Aufgabe nur zu oft durch die äußeren Verhältnisse erschwert. Es sei hier nur auf die räumliche Beschränkung im Wohnen hingewiesen.

Die Ueberfüllung der Wohnungen untergräbt in der verschiedensten Richtung das Familienleben; sie stört den ruhigen Ablauf der geselligen Funktionen, aus denen es sich zusammensetzt, sie treibt den Vater ins Wirtshaus, das Kind auf die Straße, sie verhindert diejenige Trennung der Geschlechter, welche durch die einfachsten Begriffe der Sittlich- und Schicklichkeit geboten ist, und gestattet durch das Schlafgängerwesen nur allzu oft Elementen den Zutritt in die Familie, welche sie moralisch vergiften.

Man hat in den letzten Jahren überraschende Kenntnis von der erschreckenden Größe der Wohnungsnot erhalten, die vielfach auch auf dem flachen Lande, am meisten aber in den Großstädten der verschiedenen Länder herrscht; sie scheint in Oesterreich und Deutschland besonders groß zu sein. Wir sehen hier von der Anführung einzelner fast unglaublicher Beispiele ab, die sich leicht in Menge geben ließen, sondern erwähnen nur allgemein Statistisches.

Eine Enquête vom Jahre 1886 entdeckte in Brüssel unter 19284 Arbeiterfamilien 8364 Familien, welche in nur einem Raum wohnten; von letzteren zählten 1511 mehr als 5 Personen, 2895 hatten Knaben und Mädchen, 405 von diesen Familien ließen die Kinder beiderlei Geschlechts in einem Bett schlafen (Delvaille[12] p. 36). In Wien wohnt über die Hälfte der Gesamtbevölkerung (56 Proz.) in Wohnungen, welche höchstens aus Zimmer, Kammer und Küche bestehen, hierbei 4,8 Proz. der Bevölkerung in einer aus einem einzigen Raum bestehenden Wohnung; 6,73 Proz. von der Gesamtheit der Civilbevölkerung wohnt in Wohnungen, in denen auf 1 Wohnraum 4 und mehr Bewohner kommen[13]. Indem wir bezüglich der Wohnverhältnisse in anderen deutschen Großstädten auf das Stat. Jahrbuch deutscher Städte verweisen, erwähnen wir etwas genauer die Berliner Verhältnisse. Dort wurden bei der letzten Volkszählung (1890), um nur von den ungünstigsten Zuständen zu sprechen, 99615 Haushaltungen mit Kindern in Wohnungen von einem heizbaren oder nicht heizbaren Zimmer (einschließlich der Schiffshaushaltungen und der Wohnungen, welche nur aus Küche bez. Gewerberaum bestanden) gezählt; in diesen Haushaltungen gab es 1 Kind 37750-, 2 Kinder 28816-, 3 Kinder 17186-, 4 Kinder 8997., 5 und mehr Kinder 6866 mal. Von diesen Haushaltungen hatten nun (von Gewerbegehilfen abgesehen) Einmieter 2510, Schlafgänger 16728 und gleichzeitig Schlafgänger und Einmieter 157, und zwar waren nur ein Schlafgänger in der Haushaltung 11167-, zwei 4617-, drei 1243, vier und mehr 226 mal vorhanden[14]. Daß unter solchen Verhältnissen das Familienleben häufig vergiftet wird, bedarf keines Beweises.

Treibt die Engigkeit der Wohnung oder die Unmöglichkeit einer häuslichen Beschäftigung und Beaufsichtigung das Kind auf die Straße, so ist es besonders in der Großstadt oft entsittlichenden Einflüssen ausgesetzt. Unanständige bildliche Darstellungen, das Treiben zweifelhafter Elemente erwecken seine Aufmerksamkeit, und bald finden sich Genossen, in deren Gemeinschaft schlechte Bahnen eingeschlagen werden. In Riesenstädten, wie London, gehen viele Kinder jeden Alters auf der Straße zu Grunde: von ihren Angehörigen herausgetrieben, um für sie Geld zu verdienen oder um ihnen nicht weiter lästig zu fallen, in selteneren Fällen rohen und armen Angehörigen entlaufen, treiben sie sich dauernd auf der Straße herum, um nachts in einem Winkel, auf einem Hofe oder in einem Nachtlokal schlimmster Sorte Unterschlupf zu suchen. Aber von solchen Extremen abgesehen, zieht das Großstadtleben unter einem zunächst weniger abschreckenden Bild weiteste Kreise der Jugend in seine Strudel, indem es die große Schar jugendlicher Fabrikarbeiter, welche nicht mehr unter der Obhut ihrer Eltern steht, seinem verrohenden Einfluß aussetzt: von hier rekrutiert sich der allezeit zu lärmenden Szenen bereite jugendliche Janhagel und die stetig wachsende Armee jugendlicher Verbrecher.

b) Besondere die Verwahrlosung begünstigende Momente.

Schon in einem Cirkularreskript[15] des preußischen Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten von Altenstein (vom 1. Oktober 1826) finden sich die Veranlassungen zur Verwahrlosung recht zutreffend dargelegt. Ohne zu verkennen, daß auch noch sonstige Anlässe in den Verhältnissen der Oertlichkeit und in speziellen Umständen vorliegen können, weist es darauf hin, daß frühe Verirrungen besonders in folgenden Umständen und Anlässen ihren Ursprung haben:

„1) in dem Unglücke der unehelichen Geburt, wodurch die Kinder, der strengeren väterlichen Aufsicht und Erziehung beraubt, einer leichtsinnigen oder unverständigen Mutter überlassen, der Armut und oftmals der Verachtung hingegeben sind und daher leichter verwildern und verderben;

2) in den schlechten Beispielen der Eltern, die durch Wort und That ihre Kinder zum Bösen reizen und oft zu wirklichen Verbrechen anleiten;

3) in Vernachlässigung des Schul- und besonders des Religionsunterrichtes, welche . . . aber auch nicht selten durch:

4) vagabondierende Lebensweise bewirkt wird . . .

5) in dem frühen Hingeben der Kinder zu Diensten, besonders zu Hirtendiensten, wo entweder im Hause verdorbenes erwachsenes Gesinde und deren Sitten-

losigkeit oder auf dem Felde die Langeweile und Verführung zur Verletzung der Unschuld, zu groben fleischlichen und anderen Lastern und Verbrechen hinziehen, und der Unterricht, wenn auch nicht ganz, doch größtenteils, wenigstens zur Sommer- und Herbstzeit versäumt wird. Gleicherweise gehört hierhin das Austhun der Kinder zu Fabrikarbeiten, wobei nicht nur alle die Nachteile zu besorgen sind, die das Zusammensein mit rohen und sittenlosen Erwachsenen, sowie die Versäumnis der Schule mit sich führt, sondern auch der Gesundheit des Leibes oft unwiederbringlicher Schaden zugefügt und durch die fortwährenden mechanischen Beschäftigungen zugleich die Geistesfähigkeit gelähmt und abgestumpft wird. Endlich

6) in der Verführung zu den geheimen Sünden der Unkeuschheit..."

Die wichtigsten Ursachen für den Eintritt der Verwahrlosung erscheinen bei der Betrachtung einiger besonderen Gruppen Verwahrloster in scharfer Beleuchtung; am meisten springt hierbei das Fehlen eines gesunden Familienlebens in die Augen; hiermit kommt die durch die tägliche Beeinflussung sich mehr unbewußt als bewußt vollziehende Uebertragung einer sittlichen Lebensanschauung und Lebensweise auf die Jugend in Wegfall, und es mangelt im späteren Leben der geeignete Maßstab, an dem der Wert des eigenen Verhaltens gemessen werden kann.

Dieser Punkt dürfte bei der Betrachtung der Unehelichen am meisten Rücksicht verdienen. Die Häufigkeit sittlicher Entartung ist bei ihnen bekannt. Unter den der Stadt Berlin [15] in den Jahren 1879—1881 zur Zwangsverziehung überwiesenen Kindern waren nicht weniger als 23 Proz. unehelich, unter den im Großherzogtum Baden [16] auf z. T. übrigens andere Veranlassung hin zwangsweise erzogenen Kindern waren es (im Jahre 1893) 14 Proz. Diese Zahlen beweisen die stärkere Verwahrlosung der Unehelichen insofern, als sie im Vergleich zu ihrem Anteil an der jugendlichen Bevölkerung Preußens und Badens jedenfalls unverhältnismäßig beteiligt sind. Eine genauere Kenntnis der Kriminalität der unehelichen gegenüber derjenigen der ehelichen Jugendlichen ist bisher nur durch eine kleine Skizze vermittelt, welche für einige Jahrgänge die in Berlin geborenen ehelichen und unehelichen Knaben bis zu ihrem militärpflichtigen Alter in dieser Hinsicht vergleicht. Hiernach hat schon bis zum 22. Lebensjahre die Kriminalität der Unehelichen diejenige der in den gleichen Jahren ehelich Geborenen erheblich überflügelt. Von den ersteren waren im militärpflichtigen Alter schon 19,5 Proz., von den letzteren nur 9,6 Proz. wegen Vergehen und Verbrechen bestraft (wegen Uebertretungen 4,29 gegenüber 3,9 Proz.); außerdem hatten die Unehelichen ein viel längeres Strafregister, sodaß jeder bestrafte Uneheliche im Durchschnitt 2,62mal bestraft war (gegenüber den Ehelichen mit 1,77). Berechnet man, wie viele einzelne Verurteilungen auf 100 sämtlicher Unehelichen bezw. Ehelichen kommen, so entfallen auf jene 41,9, auf diese 15,9 Vergehen und Verbrechen und außerdem auf jene 19,4 auf diese 8,6 Uebertretungen, sodaß also die Unehelichen 2,64mal so viele Vergehen und Verbrechen und 2,26mal so viele Uebertretungen begangen hatten als die Ehelichen (Neumann [17]).

Für die unehelich geborenen Mädchen sind genauere Angaben über die Neigung zur Verwahrlosung nicht bekannt; immerhin sind sie in der Prostitution auffällig stark vertreten, wie sie auch bei der Zwangserziehung und unter den Verbrechern eine unverhältnismäßige Häufigkeit zu zeigen scheinen (Neumann [18]).

Sehr deutlich wirkt bei den Mädchen das Fehlen eines geordneten Familienlebens auf die Prostitution hin.

Greift man auf die früheren Lebensverhältnisse der Prostituierten zurück, so waren z. B. von den in Berlin im Jahre 1872/73 polizeilich überwachten 18 Proz. nicht bei den Eltern aufgewachsen, sondern bei Pflegeeltern (12 Proz.), bei Stiefeltern (2 Proz.) oder im Waisenhause (4 Proz.) erzogen. Aus einer Statistik von Huppé[19] (p. 113), die sich ebenfalls mit den Berliner Prostituierten beschäftigt, ersehen wir außerdem daß von den 81 Proz., die, wie er fand, zu Hause aufwuchsen, 24 Proz. nur von der Mutter erzogen wurden, sodaß sich hierdurch die Zahl derer, die unter wenigstens äußerlich normalen Familienverhältnissen standen, noch weiter herabmindert. Auch in St. Petersburg ließ sich die Ungunst der äußeren Verhältnisse in ihrem Einfluß auf die Prostitution feststellen. Nach Fedorow[20] waren von 137 Prostituierten notiert als vaterlos (Mutter im Dienst) 3, elternlos 38, frühzeitig verwaist 16 (hierbei ein uneheliches und 1 Findelkind), bei Fremden erzogen 1, von Kindheit auf oder schon früh in Dienst gewesen oder nach St. Petersburg gekommen 10, sodaß also über zwei Drittel kein Familienleben genossen oder frühzeitig den Anschluss an die Familie verloren hatte.

Neben der Bedeutung eines äußerlich nicht geordneten Familienlebens auf den Eintritt der Verwahrlosung lassen die folgenden Erhebungen noch andere Momente, z. B. die Bedeutung bösen Beispieles, erkennen, welche gleichzeitig mitwirken können.

Unter den der Stadt Berlin in den Jahren 1879—1881 zur Zwangserziehung überwiesenen 150 Kindern waren vater- und mutterlos 3 Proz., vaterlos 39 Proz. (hierbei die schon erwähnten Unehelichen), mutterlos 14 Proz., während nur bei 43 Proz. Vater und Mutter lebten. „Fast sämtliche Kinder entstammten den sogenannten niederen Volksklassen. Unter den Eltern der 150 Kinder waren 61 Arbeiter, 49 Handwerksgesellen, 34 Unverehelichte — 25 hatten sich inzwischen verheiratet —, 3 selbständige Handwerksmeister, 2 Handelsleute, 1 Unterbeamter.“ „Die Verwahrlosung der Kinder ist zumeist durch die im elterlichen Hause herrschende Not, in einzelnen Fällen aber auch durch böse Beispiele der Eltern herbeigeführt worden. 25 Väter bezw. Mütter der Kinder haben eine Zuchthaus- oder Gefängnisstrafe verbüßt, und 7 Kinder besitzen Geschwister, welche gerichtlich bestraft worden sind.“

In der kgl. sächsischen Landesanstalt in Bräunsdorf werden nicht nur Kinder, welche nach § 56 des Reichsstrafgesetzbuches zur Zwangserziehung verurteilt sind, erzogen, sondern auch solche, welche nach § 1803 des sächsischen bürgerlichen Gesetzbuches von Vormundschafts wegen und nach § 5 des sächsischen Volksschulgesetzes vom Jahre 1873 durch die Schulbehörde wegen drohender oder schon eingetretener sittlicher Verwahrlosung überwiesen werden. Es waren dies in den Jahren 1893 und 1894 265 Kinder von 8—18 Jahren (220 Knaben, 45 Mädchen). Der Anstaltsdirektor Herr Pastor Müller hatte die Güte, mir über sie folgendes mitzuteilen. Es waren von ihnen körperlich verkümmert 3, geistig beschränkt 4, unehelich geboren 18, es war eins der Eltern geisteskrank 4mal, eins der Eltern laut Akten bestraft 21mal, der Vater verwitwet, verlassen oder geschieden 15mal, die Mutter verwitwet, verlassen oder geschieden 50mal, Stiefvater 33mal, Stiefmutter 28mal, es waren beide Eltern tot 6mal, und 83mal waren die Kinder aus bürgerlich geordneter Familie. Die hauptsächlichste Veranlassung für Bedrohung mit

Verwahrlosung oder ihren Eintritt war also auch hier die Auflösung der Familienbande und -zucht (nämlich mindestens in der Hälfte der Fälle). Für die 83 aus bürgerlich geordneter Familie stammenden Kinder teilt Herr Pastor Müller mit, daß hier vielfach beide Eltern gezwungen waren, von früh bis abends auswärts in Arbeit zu sein und die Kinder infolge der mangelnden Aufsicht der Verführung auf der Straße anheimfielen.

c) Schutz vor Verwahrlosung.

1. Seitens des Staates.

α) Maßnahmen allgemeiner Art.

In flüchtigen Strichen haben wir die Ursachen der Verwahrlosung angedeutet. Versuchen wir jetzt die Hauptwege zu zeichnen, auf denen man ihr zuvorkommen kann.

Die Fürsorge und im besonderen die moralische Einwirkung auf die Kinder steigt und fällt in einem gewissen Grade mit dem allgemeinen ethischen Niveau des Volkscharakters. Der einzelne ist viel zu sehr ein Produkt seiner Zeit und in seinem Thun und Lassen beständig von der Anschauung seiner Umgebung beeinflußt, als daß er leicht seine besonderen Wege einschlagen könnte: unwillkürlich widmet er seinen Kindern eine Fürsorge, welche innerhalb seiner Gemeinschaft für geboten erachtet wird, und wird, wenn er dies unterläßt, durch seine Umgebung mehr als durch den Buchstaben des Gesetzes hierzu angehalten. Auf der anderen Seite ist er von den äußeren Verhältnissen abhängig, die durch die sozialen Einrichtungen bedingt sind. Erscheinen diese Zustände für den Einzelwillen unabänderlich, so kann insoweit auf denjenigen, der seine Kinder verwahrlost, kein ernstlicher Vorwurf fallen.

Die Hauptbahnen, in denen die Verwahrlosung der Jugend bekämpft werden muß, sind hiernach die Hebung der allgemeinen Sittlichkeit — das wichtigste Mittel hierfür ist die weiteste Verbreitung wahrer Geistes- und Herzensbildung — und auf der anderen Seite die Beseitigung derartiger Mißstände, welche die Verwahrlosung notwendig nach sich ziehen: Besserung der Wohnungsverhältnisse, Beschränkung einer übermäßigen Arbeitszeit der Vaters, Beschäftigung der Familienmutter im Hause und vieles Aehnliche sind Bedingungen für die Gründung einer nicht nur formalen, sondern auch sittlichen Familiengemeinschaft. Wie sich die sittlichen und die sozialen Zustände wechselseitig bedingen, braucht hier nicht ausgeführt zu werden. Immerhin dürfte von diesen beiden Momenten praktisch das letztere für das wichtigere zu erklären sein, insofern eine günstige soziale Lage leicht eine sittliche Hebung mit sich bringt, während bei drückenden sozialen Verhältnissen alle Bestrebungen zur Hebung der Sittlichkeit nur mit großer Mühe einen verhältnismäßig geringen Erfolg erzielen lassen.

Neben der Beeinflussung der Eltern kommt die unmittelbare sittliche Hebung der Jugend in Betracht: der Staat muß sich ihre sittliche und fachliche Bildung angelegen sein lassen, um sie ethisch und sozial möglichst weit zu bringen; ein wichtiges Mittel hierzu ist die Volksschule, die Fortführung des Unterrichts in den Fortbildungsschulen und die Vorbereitung zu dem späteren Beruf

durch Fachschulen. In Würdigung dieser Faktoren haben die größeren Gemeinwesen solche Schulen eingerichtet und ihren Besuch thunlichst erleichtert; in einzelnen Staaten ist der Fortbildungsunterricht sogar obligatorisch.

β) Vorbeugende Gesetzgebung.

An zweiter Stelle steht bei der Verhütung der Verwahrlosung die Gesetzgebung, während die freiwillige Vereinsthätigkeit auf diesem Gebiete nur verhältnismäßig wenig ausrichten kann.

Es giebt gewisse Gefahren für das Kind, welche überall und schon immer als sehr dringend betrachtet und mit der ganzen Schärfe des Gesetzes abgewehrt werden. Wir denken hierbei vor allem an den Schutz vor geschlechtlichem Mißbrauch, auf dessen Einzelheiten hier nicht genauer einzugehen ist. Freilich kann man schon hier häufig wahrnehmen, wie die schärfsten Bestimmungen für sich keinen genügenden Erfolg haben, sondern durch eine individuelle Fürsorge für die Gefährdeten unterstützt werden müssen.

Abgesehen von den gröbsten Ausschreitungen, die schließlich an das Licht der Oeffentlichkeit dringen, sind im allgemeinen die innerhalb der Familie sich abspielenden Vorgänge, selbst wenn sie unter das Strafgesetz fallen, für den Arm der Gerechtigkeit schwer erreichbar. Daher hat z. B. der gesetzliche Kinderschutz, der sich auf die entgeltliche häusliche Pflege bezieht — wir besprachen ihn früher ausführlich — einen immerhin nur beschränkten Erfolg und läßt selbst in England und Frankreich zu wünschen übrig; Gesetzesparagraphen, welche häusliche Verhältnisse regeln wollen, die von ökonomischen Verhältnissen abhängen (wie z. B. das zu enge Wohnen), werden meist überhaupt nur auf dem Papier stehen. Hingegen kann eine weise Gesetzgebung, die in Uebereinstimmung mit dem öffentlichen Gewissen steht, dort leicht einen bedeutenden Erfolg erzielen, wo die Verwahrlosung ihrer Natur nach an die Oeffentlichkeit gebunden ist. Z. B. vermag sie hinsichtlich der öffentlichen Ausnutzung der Kinder einen sehr nützlichen Einfluß zu entfalten.

Es giebt gewisse in der Natur des kindlichen Daseins wurzelnde Forderungen, deren Erfüllung überall verlangt werden muß. Im allgemeinen wird die Gesetzgebung zweckmäßig sogar über dies Minimum der Forderungen hinausgehen, wobei sie allerdings auf die Bedingungen des Erwerbslebens eine gewisse Rücksicht wird nehmen müssen. Auch wechselt nicht nur in den verschiedenen Ländern, sondern auch nach der Entwickelung der Industrie und nach den klimatischen Verhältnissen der zulässige Grad der Inanspruchnahme kindlicher Arbeit.

Wie sich unter Umständen geradezu in manchen Ländern Gefahren für das kindliche Leben entwickeln, die anderswo ganz unbekannt sind, zeigt die Lebensversicherung der Kinder, welche in England eine Einschränkung durch einen besonderen gesetzgeberischen Akt notwendig machte (Restrictions on payments on deaths of children insured in friendly or industrial assurance societies 38, 39 Vict. c. 60 s. 28), während sie z. B. in Deutschland unbekannt ist.

Ein für allemal sollte die gewerbsmäßige Verwendung der Kinder zum Betteln und zu derartigen Beschäftigungen, welche das Betteln nur verschleiern sollen, verhindert werden. Ebensowenig sollte die öffentliche Ausstellung von Kindern, welche Mißbildungen u. dergl. haben oder bei denen der Anschein von Mißbildung künstlich erzeugt ist, gestattet sein.

Von den Gesetzen gegen das Betteln erwähnen wir nur § 361, 4 des deutschen Strafgesetzbuchs, wonach mit Haft bedroht wird, wer Kinder zum Betteln anleitet oder ausschickt oder Personen, welche seiner Gewalt und Aufsicht untergeben sind und zu seiner Hausgenossenschaft gehören, vom Betteln abzuhalten unterläßt. Freilich ist es überhaupt nur dann möglich, Strafbestimmungen gegen das Betteln regelmäßig und streng durchzuführen, wenn gleichzeitig der Versuch gemacht wird, von dem gewerbsmäßigen Betteln das durch wirkliche Not veranlaßte Betteln zu unterscheiden und bei dem letzteren der Veranlassung sachgemäß abzuhelfen.

Gesetzgebung von Massachusetts, Chap. 99, Acts of 1884, Sect. 1: „No deformed person who is a minor or insane, and no person, who has an appearance of deformity produced by artificial means, shall be exhibited for hire.“ Die Ausstellung von Mißgeburten ist u. a. auch in Spanien verboten [21] (II, 434). In Preußen besteht hierüber keine gemeingiltige Vorschrift.

Bei dem Gewerbebetrieb kommen zunächst Beschäftigungen in Betracht, welche vor allem eine sittliche Schädigung mit sich zu bringen pflegen, wie z. B. das herumziehende Künstlertum.

Aber es wird auch die mimische und schauspielerische Beschäftigung auf stehenden Bühnen für junge Kinder meist nicht passend sein und insofern einer gesetzlichen Einschränkung bedürfen.

In Frankreich werden daher die gesetzlich Verpflichteten bestraft und eventuell des Erziehungsrechtes entkleidet, welche Kinder unter 16 Jahren ohne oder gegen Entgelt Leuten überlassen, welche Seiltänzer, Charlatans, Besitzer von Cirkus oder Menagerien oder welche Vagabunden, berufslos oder gewerbsmäßige Bettler sind. (Gesetz vom 7. Dezember 1874 [21] [I, 55]). Massachusetts hat bezügliche Bestimmungen für Kinder unter 15 Jahren. Belgien hat im allgemeinen eine Altersgrenze von 18 Jahren, setzt sie aber für die Fälle, wo die Eltern selbst ihre Kinder im Cirkus, beim Seiltanzen etc. verwenden, auf 14 Jahr herab. In Italien stellte sich besonders die Notwendigkeit heraus, die Beschäftigung der Kinder bei herumziehenden Musikantentrupps zu bekämpfen [21] (II, 434). Die englische Children's Dangerous Performances Act 1879 faßt mehr die körperliche Gefährdung ins Auge, wenn es die Verwendung von Kindern unter 14 Jahren in öffentlichen Schaustellungen und Produktionen, wodurch das Leben oder die Glieder der Kinder gefährdet erscheinen, unter Strafe stellt (Ergänzung durch die Children's Protection Act s. später). Die deutsche Gewerbeordnung verbietet die Mitführung von Kindern unter 14 Jahren zu gewerblichen Zwecken in den Bestimmungen, welche den Gewerbebetrieb im Umherziehen behandeln (§ 62). Die Erlaubnis zum Mitführen von Kindern dieses Alters kann auch allgemein, von ihrer gewerblichen Verwendung abgesehen, von der Behörde versagt werden, im besonderen auch für schulpflichtige Kinder, für deren ausreichenden Unterricht nicht gesorgt ist. Nicht jedoch hat sich die Reichsgesetzgebung mit der Beschäftigung von Kindern bei Schaustellungen etc. befaßt, soweit sie nicht im Umherziehen statthaben — eine Lücke, welche nur vereinzelt (z. B. durch den Nürnberger Magistrat [Soc. Prax. 1895, No. 45] ausgefüllt ist.

Bei der ausgedehnten Beschäftigung von Kindern und jugendlichen Personen in der Industrie wurde ihre besondere Berücksichtigung in der Arbeiterschutzgesetzgebung notwendig. Leider erstreckt sich die Regelung der Arbeit bisher wesentlich auf die Fabrikarbeit, während die Hausindustrie so gut wie unberücksichtigt blieb. Die Gesetzgebung geht in den einzelnen Ländern verschieden weit, bleibt freilich hierbei nicht selten hinter den hygienisch berechtigten Forderungen (z. B. einer unteren Altersgrenze von 14 Jahren) zurück. Insofern auch die Durchführung der Bestimmungen, wie wir schon andeuteten, nicht immer ausreichend ist, hat sich noch nicht überall der außerordentliche Fortschritt, den gelegentlich der Arbeiterschutzgesetzgebung der öffentliche Kinderschutz gemacht hat, bis in die äußersten Konsequenzen ausnutzen lassen.

Die wesentlichen Gesetzesbestimmungen faßt die folgende Tabelle zusammen (aus dem Bulletin de l'Office du travail Janv. 1894 No. 1, p. 11, verändert unter Berücksichtigung der Gesetzgebung des Jahres 1895):

Gesetzliche Bestimmungen über die Kinderarbeit.

	Untere Altersgrenze; Alter von . . . Jahren	Im Gesetze unterschiedene Altersklassen	Maximum der effektiven Arbeitsdauer in Stunden pro Tag	pro Woche	Minimum der Arbeitspausen Stund.	Nachtarbeit
er	12 (in südlich.	12—14	—	—	$^1/_2$	im Prinzip untersagt
rens	Ländern 10)	14—16	—	—	$1^1/_2$	
		16—18	—	—	$^1/_2$	
reich	13 (ausnahmsweise 12)	12—13	10	—	1	untersagt
		13—16	10	—	1	bedingungsweise 8 Std. innerhalb 24 Std.
		16—18	11	60	1	10 Std. in 24 Std., 54 Std. in der Woche
n	12	12–14	12	—	$1^1/_2$	untersagt
		14—16	12	—	$1^1/_2$	ausnahmsweies erlaubt
id	12	12—14	11	—	1	untersagt
		14—16	11	—	1	
	9	9—12	8	—	1	untersagt
		12—15	—	—	1	erlaubt mit Maximum v. 6 Std.
m	12	Knab. 10—13	5	—	—	untersagt in Werkstätten mit mechanischem Betrieb
		13—15	8	—	—	
		Mädch. 10—14	5	—	—	
		14—17	8	—	—	
gal	12 (ausnahmsweise 10)	10—12	6	—	1	untersagt
		12—16	10	—	1	ausnahmsweise für Knaben erlaubt
iz	14	14–16	11	—	1	untersagt (mit Ausnahmen)
		16–18	11	—	1	
ch- l	14*) (in Bayern 13). Vollendete Schulpflicht	13–14	6 (ausn. 10)	36	$^1/_2$	untersagt
		14—16	10 (im Prinzip)	60—69	$1^1/_2$	ausnahmsweise erlaubt
reich	12	12—14	8	—	$1^1/_2$	untersagt
		14—16	11	—	$1^1/_2$	reglementiert
n	12 (ausnahmsweise 10)	10–14	8	—	—	untersagt
		14—16	10	—	—	ausnahmsweise erlaubt
nark	10	10–14	6	—	$^1/_2$	untersagt
		14—18	10	—	2	
den	12	12—12	6	—	$^1/_2$	untersagt
		14—18	10	—	2	
gen	12	12—14	$6^1/_2$	—	$^1/_2$	untersagt
		14—18	10	—	2	
nd	12	12–15	6 hintereinander oder 9 ausnahmsweise	—	1 (im 2 Fall)	untersagt, aufser in Glasfabriken jede 2. Nacht 6 Std.
		15–17	—	—	—	ausnahmsweise
nd	11*)	11—14	6 oder alle 2 Tage 10	36	$^1/_2$ bez. 2	untersagt
		14—18	10 und $10^1/_2$	—	2 bez. $2^1/_2$	

Anmerk.: 1) Die gesetzliche Arbeitsdauer ist für alle Arbeiter die gleiche in Belgien (12 Std.), in Holland und in der Schweiz (11 Std.).

2) Als Nachtarbeit wird nicht gerechnet, wenn z. B. eine Stunde vor dem gesetzlichen Tagesbeginn begonnen und eine Stunde später zwecks Beschäftigung von 2 Arbeitergpruppen geschlossen wird.

3) Die Verpflichtung eines Ruhetages in der Woche ist fast allgemein für die Kinder und Frauen, sei es daß sie ausdrücklich für sie ausgesprochen ist (Frankreich). sei es daß sie sich auf die gesamte Bevölkerung bezieht (England etc.).

*) Von mir auf Grund neuerer Gesetze geändert. Ueber den Kinderschutz in den einzelnen Staaten der Vereinigten Staaten s. Jacobi: American Child-Labour Laws, Transact. of the 7. Intern. Congr. f. Hyg. and Demogr. 1891, Sect. IV.

Die Beschäftigung in besonders gefährlichen oder gesundheitsschädlichen Betrieben kann für Kinder außerdem gänzlich untersagt oder besonders reglementiert werden, andererseits können die Behörden unter Umständen bis zu einem gewissen Grade von der Befolgung der Schutzvorschriften dispensieren. Vielfach gelten die Altersgrenzen unter der Voraussetzung, daß das Kind bei dem gesetzlich bestimmten Altersminimum seine normale Entwickelung erreicht hat; so dürfen in Italien — leider steht diese Bestimmung oft nur auf dem Papier (vergl. Sozialpolit. Centralblatt Bd II, 1893, No. 35 und Strojavacca[22]) — Kinder nicht vor dem 15. Lebensjahr zur Arbeit verwendet werden, wenn nicht nachgewiesen wird, daß es ihre körperliche Entwickelung gestattet, und in Dänemark muß sogar jede unter 18 Jahr alte Person ein Gesundheitsattest beibringen.

Schließlich entfaltet die Strafgesetzgebung noch ihre vorbeugende Thätigkeit in der Weise, daß sie Ausschreitungen und Verführungen der Jugend durch Strafandrohungen vorzubeugen sucht.

So sucht die Gesetzgebung mancher Staaten (z. B. Belgien, England, einzelner amerikanischer Staaten) die Verleitung Minorenner zum Trunk durch Strafandrohungen zu verhindern. Derartige Bestimmungen finden sich in sehr verschiedener Ausdehnung; sie mögen hier beispielsweise für den Staat Massachusetts zusammengefaßt werden (zusammengestellt aus der Sammlung von Kinderschutzgesetzen, welche die Massachusetts Society for the prevention of cruelty to children seinen Mitgliedern zustellt). Außerdem geben wir im Auszug die englische Act for the Prevention of Cruelty to and better Protection of Children vom 26. Aug. 1889.

Es dürfen in Massachusetts Minorenne bei keiner Gerichtsverhandlung als Zuschauer anwesend sein; ohne schriftliche Erlaubnis der Eltern dürfen sie nicht in einem Spielsaal oder einer Kegelbahn, nach Sonnenuntergang nicht ohne Begleitung von Erwachsenen zu öffentlichen Vergnügungen zugelassen werden. Innerhalb einer Entfernung von 400 Fuß von einer öffentlichen Schule soll keine Verkaufsstelle für berauschende Getränke gestattet werden. Es dürfen Getränke mit mehr als 3 Vol. Proz. Alkohol nicht an einen Minorennen verkauft werden (weder für seinen eigenen Gebrauch noch für seine Eltern oder irgend einen Anderen), es sei denn, daß ein Arzt sie verordnet hat; ein Minorenner ist überhaupt nicht an einer solchen Verkaufsstelle zu dulden. Ferner dürfen an keine Person unter 16 Jahren Cigaretten, Tabak etc. verkauft oder überhaupt — es sei denn durch die Eltern — gegeben werden; ebenso wenig dürfen Feuerwaffen oder andere gefährliche Waffen an Kinder unter 15 Jahr verkauft oder gegeben werden (der Verkauf von Explosivstoffen ist außerdem allgemein geregelt). Ferner wird bestraft, wer unsittliche Schriften oder Bilder herstellt, vertreibt oder behufs Verbreitung in seinem Besitz hat, oder wer Kriminalgeschichten, Polizeiberichte oder sonstige Mitteilungen oder Darstellungen von unsittlichen oder verbrecherischen Handlungen auf der Straße Kindern zugänglich macht oder wer Kinder mit dem Vertrieb solcher Dinge betraut, oder wer einem Kinde, für das er zu sorgen hat, den Vertrieb gestattet. Auf die ferneren zahlreichen Gesetze, welche dem Bettel und der Verwahrlosung jeder Art, im besonderen auch der Verführung zur Unsittlichkeit vorzubeugen suchen, gehen wir nicht genauer ein.

Das erwähnte englische Gesetz vom Jahre 1889 bedroht mit Strafe jede Person über 16 Jahre, welche Knaben unter 14 oder Mädchen unter 16 Jahren schlecht behandelt, vernachlässigt oder im Stich läßt. Eine Strafverschärfung tritt ein, wenn nachgewiesen wird, daß der Betreffende, durch eine beim Fall des Todes zu leistende Zahlung an dem Todesfall des Kindes interessiert ist. Ferner wird mit Strafe bedroht, a) wer Kinder des genannten Alters auf der Straße betteln oder Almosen entgegennehmen läßt, sei es auch unter dem Vorwand des Singens, Spielens, Darstellens und Feilhaltens, b) wer solche Kinder auf der Straße oder in Verkaufsläden von berauschenden Getränken zwischen 10 Uhr abends und 5 Uhr morgens, oder c) wer Kinder unter 10 Jahren zu irgend einer Zeit auf der Straße oder in den genannten Verkaufsräumen oder in öffentlichen Lokalen oder Cirkus oder Eintrittsgeld erhebenden Vergnügungslokalen sich zu gleichem Zweck aufhalten läßt. In geeigneten Fällen kann der Gerichtshof oder der Schulrat von diesen Bestimmungen bei Kindern über 7 Jahr dispensieren; solche Kinder unterstehen dann, entsprechend der Gewerbegesetzgebung, der Aufsicht der Gewerbeinspektoren; keinenfalls darf übrigens die Elementarschulgesetzgebung verletzt werden. — Jeder Schutzmann kann eine Person, deren Nationale ihm nicht be-

kannt ist, verhaften, wenn er sie bei einer Verletzung dieser Bestimmungen betrifft; das Kind, gegen welches eine Gesetzesverletzung vorliegt, hat er in Sicherheit zu bringen; der Gerichtshof kann es von hier aus bei einem Verwandten oder einer anderen geeigneten Person zur Pflege bis zum Alter von 14 bez. bei Mädchen bis zu 16 Jahren unterbringen. — Erfolgt eine Anzeige darüber, daß ein Knabe unter 14 oder ein Mädchen unter 16 Jahren schlecht behandelt oder vernachlässigt wird, so kann der örtlich zuständige Beamte den Fall untersuchen und bei Dringlichkeit das Kind vorläufig in Sicherheit bringen.

γ) Verwaltungsgesetze.

Die allgemeine strafgesetzliche Feststellung der Pflichten, welche die Angehörigen des Kindes und die übrigen Mitglieder der Gesellschaft gegenüber dem Kind haben, genügt nun aber keineswegs zu einem wirksamen Schutz, sondern es muß der Staat dort, wo das Kind der natürlichen Fürsorge durch Eltern oder andere Angehörige nicht oder nicht in genügendem Maße teilhaft wird, unmittelbar eingreifen, um es vor der Gefahr der Verwahrlosung zu retten. Diesem Zweck soll in gewissen Fällen die Vormundschaft dienen, da — wenn wir uns an die preußische Gesetzgebung halten — dem Vormund die Sorge für die Person des Mündels ebenso wie für seine Vermögensangelegenheiten obliegt.

Leider hat aber die vormundschaftliche Fürsorge in moralischer Hinsicht ebensowenig wie in sonstiger Wahrung der kindlichen Interessen (s. S. 472 und 473) immer den beabsichtigten Erfolg, und zwar bleibt er besonders häufig aus, wenn die Thätigkeit des Vormundes durch den Mangel eines für die Erziehung ausreichenden Vermögens lahmgelegt wird. Gerade die Armen sind der sittlichen Verwahrlosung am meisten preisgegeben und werden in der Regel am wenigsten durch die Vormundschaft vor ihr geschützt.

Diese Thatsache ist so offenkundig, daß die Vormundschaftsordnung entweder Aenderungen oder Ergänzungen erfahren muß, um die Gefahr der Verwahrlosung von denen, die ihr am meisten ausgesetzt sind — wir erinnern nur an die Unehelichen — fernzuhalten. Gleichzeitig werden vormundschaftliche Einrichtungen wohl auch für diejenigen Jugendlichen getroffen werden müssen, welche (wie z. B. von auswärts zugezogene jugendliche Fabrikarbeiter), ohne verwaist zu sein, der elterlichen Obhut entbehren, mag dies nun in Form von Pflegschaften (von Massow[23]) oder sonstwie geschehen.

2. Seitens privater Vereinigungen.

Aehnlich wie die öffentliche Fürsorge zur Vermeidung der Verwahrlosung geht auch die private Fürsorge nach drei Richtungen vor: Erstens sucht sie die Lebensverhältnisse ihrer Schützlinge so zu gestalten, daß die Gefahr einer moralischen Ansteckung möglichst fern gehalten wird; zweitens sucht sie den Staat bei seinem Bemühen, der Verwahrlosung strafrechtlich vorzubeugen, zu unterstützen und schließlich springt sie bei dringender Gefahr der Verwahrlosung aus eigenen Mitteln dem gefährdeten Kinde zu Hilfe.

Die letzteren Bestrebungen werden wir z. T. erst bei den privaten Bemühungen für das schon verwahrloste Kind besprechen.

α) Maßregeln allgemeiner Art.

Die privaten Bemühungen um das sittliche Wohl der Jugend sind

mannigfaltig genug: wir haben schon früher die Kinderbewahranstalten, Kindergärten und Kinderhorte besprochen, von denen die ersteren sogar ab und zu von der Behörde übernommen sind; für die der Schule entwachsene Jugend ist die Fürsorge noch ausgedehnter und verschiedenartiger: bald sucht man zu erbauen, zu bilden und zu belehren (Andachten, Fortbildungs-, Haushaltungsunterricht, Bibliotheken), bald nach der Arbeit eine passende und gesunde Erholung zu bieten (Lehrlingsheime, Mädchenheime); bald für eine anständige und zweckmäßige Unterkunft zu sorgen. Private und kirchliche Vereine bemühen sich in dieser Richtung, zuweilen schließen sich Großindustrielle mit Einrichtungen für ihre jugendlichen Arbeiter an. Wenn es auch nicht der Raum gestattet, diese Bestrebungen genauer zu schildern, so wollen wir doch einige Proben von ihnen geben:

Paul Göhre[34] (p. 385) berichtet über die Bestrebungen der inneren Mission zur Erziehung und sittlichen Bewahrung der heranwachsenden Jugend folgendes: „Es ist vorwiegend die Jugend der sozial schlechter gestellten Stände, der diese Bestrebungen zu gute kommen sollen. Für die Mädchen vom 14. Lebensjahre an hat man Mägdeschulen, Mägdeherbergen, Fabrikarbeiterinnenherbergen und Jungfrauenvereine geschaffen oder doch zu schaffen begonnen. Von ersteren giebt es rund 25. Sie haben den Zweck, Töchter kleiner Leute zu begehrten Dienstboten und tüchtigen kleinbürgerlichen Hausfrauen zu erziehen; die Mägdeherbergen, deren es jetzt in den deutschen Großstädten rund 40 giebt, nehmen gegen ein bescheidenes Kostgeld neu in die Stadt kommende, gänzlich unbekannte und darum in der Gefahr der Ausbeutung oder von noch Schlimmerem stehende Dienstmädchen so lange auf, bis sie sich einen ordentlichen Dienst gesucht haben, und sie selber suchen gewöhnlich ihnen solchen durch die mit ihnen verbundenen Gesindevermietungsbureaus auf solider Grundlage zu verschaffen. — Die Einrichtung der Fabrikarbeiterinnenherbergen ist noch ganz jung. Ihre Zahl ist (soviel eben Schreiber bekannt geworden ist) noch nicht mehr als 10, und darunter sind auch noch einige, die, unabhängig von der inneren Mission, von einzelnen Arbeitgebern für ihre Arbeiterinnen gegründet worden sind. Sie haben keinen anderen Zweck, als alleinstehenden Mädchen, die in Fabriken arbeiten, gegen mäßiges Entgelt eine Heimat und ein christlich bestimmtes Familienleben zu bieten und sie vor den Gefahren einer Schlafstelle in sittlich nicht ganz tadellosen Familien zu behüten. Schließlich versuchen die ca. 100 Jungfrauenvereine, die vielfach von Diakonissen geleitet werden, jungen Ladenmädchen, Dienstmädchen und Arbeiterinnen für ihre freien Sonntagnachmittage eine Stätte der Anregung und der Unterhaltung zu bieten und sie vor etwaigen Ausschweifungen auf Tanzböden zu bewahren. Vielfach sind Mägdeschulen, Mägdeherberge und Jungfrauenverein in eins zusammengeschlossen oder doch eng aneinander organisiert.

Für die männliche Jugend hat man vor allem den Schwerpunkt auf deren Organisierung in den „Jünglingsvereinen“ und, wenn sie sich auf der Wanderschaft befindet, auf ihre Beherbergung in guten, branntweinfreien, billigen und mit christlicher Hausordnung versehenen Herbergen, den „Herbergen zur Heimat“ gelegt. Die Mitglieder der Jünglingsvereine rekrutieren sich zu allermeist aus Handwerkerkreisen: es sind vorwiegend Handwerkslehrlinge und Handwerksgesellen. Ihre Mitgliederzahl beträgt gegenwärtig im evangelischen Deutschland 40—45000 Mann, die in 800—850 Vereinen zusammengefaßt sind. Diese Vereine haben sich in 6 große „Bünde“ vereinigt, von denen der rheinisch-westfälische Jünglingsbund wohl der bedeutendste ist. Das Hauptziel der Arbeit dieser drei Vereine kann in die drei Worte zusammengefaßt werden: Erbauung, Geselligkeit und Fortbildung ihrer Mitglieder. Dabei ist hier und da der religiöse Geist ein wenig sehr engherzig. Die Fortbildung erstreckt sich auf Versuche, die Ausbildung der Mitglieder für ihren Fachberuf zu erhöhen. Soziale oder wirtschaftliche Bestrebungen kennen diese Jünglingsvereine nicht; es müßte denn sein, daß man Unterstützungskassen, die man zur Zeit ziemlich umfangreich eingerichtet hat, als solche bezeichnen wollte. Von ihnen ist auch, seit Mitte der fünfziger Jahre, die Gründung der „Herbergen zur Heimat“ ausgegangen. Davon giebt es jetzt rund 420 mit 14000 Betten, in denen z. B. im Jahre 1891 nicht weniger als 1328000 Wanderer in 2057000 Schlafnächten geschlafen haben. Die großen Vorzüge dieser Herbergen sind unbestritten; sie kommen allen Wanderern, nicht bloß den Gliedern der Jünglingsvereine zu gute. Sie haben den vielen ungezählten Spelunken, auf die

bis vor einiger Zeit die Mehrzahl der nicht bemittelten Wandergesellen als ihre Herbergen angewiesen war, mit nachhaltigem Erfolg Konkurrenz gemacht."

Unter den seitens großer Fabriken getroffenen Einrichtungen ist die Unterbringung jugendlicher Fabrikarbeiter, besonders aber Fabrikarbeiterinnen in gemeinsamen, von der Fabrik errichteten Wohnungen, mit der zuweilen auch Beköstigung verbunden ist, besonders wichtig; bezüglich genauerer Beschreibungen verweisen wir auf Post[36]. Da diese Einrichtungen sich wesentlich nur bei wenigen großen Betrieben finden, welche im eigenen Interesse sich einen festen Arbeiterstamm zu erhalten suchen müssen, überhaupt aber nicht häufig und vor allem kaum in Großstädten zu treffen sind, so ist ihre Bedeutung keine sehr große.

Sehr erwähnenswert sind die privaten Bestrebungen, denjenigen Klassen Jugendlicher, welche der Verwahrlosung in den Großstädten besonders stark ausgesetzt sind, zu helfen.

Die Childrens Aid Society in Newyork hat u. a. für die auf den Straßen lebende und sich ernährende Jugend 5 Logierhäuser, welche im Jahre 1892 allein 6000 Knaben aufsuchten, um in ihnen gleichzeitig Schule, Kirche, Auskunftsbureau und Obdach zu finden; außerdem hat sie ein Logierhaus für Mädchen, in dem auch Ausbildung in Waschen und Kochen gewährt wird; ferner unterhält sie 21 „industrial schools" und 12 Abendschulen, die täglich ungefähr von 5100 und im ganzen Jahr von 11 000 Kindern besucht werden. Es sind dies Kinder, die aus Unwissenheit, Schmutz und Armut nicht in die öffentlichen Schulen gebracht werden und nun hier außer dem Pensum der Primärschule noch Handwerks- und Haushaltungsunterricht gelehrt bekommen. Auch für ältere Mädchen, welche am Tage in Stellung sind, giebt es Abendschulen. In sehr erfolgreicher Weise verpflanzt die Gesellschaft die Straßenkinder vielfach auf das Land und verschafft ihnen dort bei Farmern ein dauerndes Heim.

In ähnlicher Weise wirkt in London Dr. Barnardo; seine „Homes" bedienen sich so mannigfacher Mittel, um verlassenen Kindern zu helfen, daß sie an den verschiedensten Stellen dieser Arbeit Erwähnung verdient hätten; wir begnügen uns mit einer summarischen Darstellung ihrer Thätigkeit aus dem Jahre 1893. Ihr Zweck ist, soweit er hier für uns in Betracht kommt, verwaiste und verlassene Kinder zu retten, zu erziehen, industriell auszubilden und einem Lebensberuf zuzuführen; diesem Zweck dienen Agenturen, welche die hilflosen Kinder in ihren Schlupfwinkeln und auf den Straßen aufspüren; unentgeltliche Logierhäuser, große Anstalten zur industriellen Ausbildung, kleine Familienheime; eine Abteilung, welche die Kinder in Familienpflege giebt, und eine Abteilung für Auswanderung. Hilflose Kinder können zu jeder Tages- und Nachtzeit in den 7 Provinzial- und 3 Londoner Abteilungen aufgenommen werden und zwar ohne Rücksicht auf Alter, Körperzustand, Glauben und Nationalität, mit ausschließlicher Rücksicht auf die vorliegende Gefährdung; moralisch gefährdete Mädchen werden auch, ohne daß Hilflosigkeit vorliegt, aufgenommen und der für sie bestimmten Abteilung zugeführt. An die Aufnahme oder an das Zulassungsgesuch schließt sich eine genaue Untersuchung des Falles, so daß ungefähr in $1/_4$ der Fälle die Kinder in die Homes zugelassen werden. Im Jahre 1893 fanden bei 8713 neuen Gesuchen 2142 Zulassungen statt. Von den Kindern standen im Alter von

0—2 J.	54
2—5 „	66
5—10 „	344
10—14 „	428
14—16 „	483
über 16 „	767

Es waren 32 Proz. Vollwaisen, 50 Proz. waren vaterlos, 9 Proz. mutterlos, in 8 Proz. lebten beide Eltern. Lebte der Vater, so war er ein Verbrecher, Krüppel, Vagabund oder im Armenhaus; lebte nur die Mutter, so war sie unsittlich, verbrecherisch oder, wenn anständig, in besonders großer Not. Folgendes waren die Umstände, welche die Aufnahme der Kinder veranlaßten: in 54 Proz. wurden sie moralischer Gefahr entrissen (auf den Straßen, in Pennen, in Gesellschaft von Dieben und verkommenen Personen oder beim Anhalten zum Betteln); in 31 Proz. waren die Eltern ehrbar, befanden sich aber die Kinder in der äußersten Hilflosigkeit; 14 Proz. ließen sich nicht in dieser Weise klassifizieren. Die Homes haben für ihre Zwecke 51 Abteilungen, deren genauere Aufzählung zu weit führen würde; es seien namentlich nur folgende erwähnt: a) Home for Working and Destitute Lads (London E.), in welchem Ende des Jahres 1893 350 Knaben verpflegt und in 12 verschiedenen Hand-

werken ausgebildet wurden; b) Leopold House Orphan Home (mit Bestand von 370 Knaben zwischen 10—13 Jahren, welche hier erzogen und unterrichtet werden); c) Nursery Home for very Little Boys (mit Bestand von 121 Knaben zwischen 5 und 10 Jahren); d) Nachtobdach und andere Asyle, sowie unentgeltliche Logierhäuser für Kinder; e) Labour House for Destitute Youths (beschäftigt und beobachtet Knaben von über 17 Jahren auf einige Monate, bis sie endgiltig versorgt werden); f) Village Home for Orphan and Destitute Girls (ist nach dem Cottage System mit 49 Cottages und 5 größeren Haushaltungen zur Erziehung und hauswirtschaftlichen Heranbildung von fast 1000 Mädchen erbaut, mit Kirche und Schule); g) Babies' Castle (mit Bestand von 62 Babies, siehe oben S. 480); h) Kinderhospital (mit 87 Betten, wovon durchschnittlich 57 Betten belegt sind); i) Vermittelungsbureau und Ausbildung von Dienstmädchen, Institut zur Bildung von Fabrikarbeiterinnen etc.; k) Rettungshaus für Mädchen; l) Brigade der Laufburschen, Brigade und Heim der Schuhputzer, Brigade der Holzhauer (zusammen mit einer Fabrik kohlensaurer Wasser), Schiffahrtsagentur, Landwirtschaftsschule; m) Convalescent Seaside Home (mit 75 Betten, 325 Kinder wurden im Jahre 1892 2—3 Wochen verpflegt); n) 3 Auswanderungskontrollstellen in Canada; o) Haltekinderabteilung (auch uneheliche Kinder werden in Pflege gegeben, wenn die Mutter gutes Verhalten zeigt und ihrerseits einen Beitrag leistet; Bestand Ende 1893 1355 Kinder, hierbei 98 uneheliche); p) Abteilung für Blinde, Taubstumme, Krüppel etc.; q) Kinderspeisung (151 398 Mahlzeiten im Berichtsjahr); r) Tages-, Abend-, Sonntagsschulen; s) zahlreiche Einrichtungen für innere Mission, Temperenz und ärztliche Hilfe. — Zusammenfassend bemerken wir, daß im Jahre 1893 in den Homes 6847 Kinder verpflegt wurden und am 31. Dezember 4394 verblieben; 834 Kinder wanderten aus und 1587 wurden anderweitig in Stellung gebracht. Im ganzen wurden 7898 Kinder erhalten, wozu noch kommt 46 578 mal freie Herberge für Mädchen und Kinder, 63 438 mal freie Verpflegung in Logierhäusern und Nachtasylen und 151 398 freie Mahlzeiten. Verausgabt wurden für die Homes 94 167 £, für Auswanderung 20 192 £ etc. Daß eine so großartige Ausdehnung privater Fürsorge ein glänzendes Zeugnis der praktischen Menschenliebe ausstellt, bedarf keiner Erörterung; nur fragt es sich, ob die Notwendigkeit solcher Einrichtungen vielleicht darauf hinweist, daß die öffentliche Fürsorge mangelhaft organisiert oder nicht genügend praktisch durchgeführt ist.

Unter den Bestrebungen zur Verhütung der Verwahrlosung wäre hier noch die Mäßigkeitsbewegung, soweit sie die Jugend in ihre Kreise zieht, zu erwähnen.

Mag sie auch mehr darauf zielen, durch Einwirkung auf die heranwachsende Jugend der Trunksucht in den künftigen Generationen der Erwachsenen entgegenzuarbeiten — die Bekämpfung der Trunksucht kommt für die Jugend selbst wenig in Betracht — so wird sie doch auf die ganze Lebenshaltung der Jugend einen gewissen Einfluß üben, der unter Umständen nicht zu unterschätzen ist.

Wir treffen diese Bestrebungen im Ausland vielfach in großem Umfange. In Norwegen — welches in der systematischen Bekämpfung des Alkoholgenusses außerordentliche Erfolge aufzuweisen hat — hat die „Totalenthaltsamkeitsgesellschaft" u. a. auch 36 Kindervereine mit 5000 Kindern. In Belgien bestanden am 31. Dezember 1893 952 Enthaltsamkeitsgesellschaften mit 16 307 Mitgliedern, von denen 13 273 die Primärschulen besuchten; die Schüler, welche mindestens 12 Jahre alt sein müssen, verpflichten sich freiwillig auf Ehre und durch Namensunterschrift, sich bis zum Alter von 20 Jahren des Genusses starker Alkoholika zu enthalten und nur sehr mäßig Wein zu genießen. Der Minister der öffentlichen Belehrung legte diese Bestrebungen allen Direktoren, besonders der Normalschulen ans Herz (Delvaille[11], p. 216). Am lebhaftesten wird aber, durch die lokalen Verhältnisse angefacht, der Kampf gegen den Alkohol und an zweiter Stelle gegen den Tabak in England und Amerika geführt. In England waren im Jahre 1891 gegen 2 Millionen Kinder in 16 724 Mäßigkeitsvereinen, welche schriftlich erklärt hatten, nie in ihrem Leben einen Tropfen alkoholischer Getränke zu genießen. Sie sind zu den „Bands of hope" vereinigt die eine weitverzweigte Organisation haben und für ihre Mitglieder durch die verschiedensten Mittel Sorge tragen. Unzählige Abstinenzapostel durchziehen das Land und über 250 Gemeindeschulbehörden haben gestattet, daß bezügliche Ansprachen an die Schulkinder gehalten werden dürfen (nach Schweiz. Z. f. Gemeinnützigk., 30. Bd. 59 (1891) und Z. f. Schulges. 1894, p. 176). Es wird den Schulkindern

fakultativer Unterricht teils durch Redner der Mäßigkeitsvereine, teils durch die Kindermäßigkeitsvereine „Bands of Hope“, „Juvenile Temples of the Order of Good Templars“, „Juvenile Sons of the Phoenix“, „Juvenile Rechabites“ u. s. w. erteilt. In Amerika wird dem obligatorischen Unterricht in der Gesundheitspflege, wie er in 39 Staaten gehalten wird, die Besprechung der schädlichen Wirkungen des Alkohols und Tabaks eingefügt. Auch in verschiedenen anderen Staaten wird von den Schulen die Sache der Mäßigkeit durch den Unterricht gefördert.

β) Rettung gefährdeter Kinder.

Von den privaten Bestrebungen zur vorbeugenden Förderung der Sittlichkeit und materiellen Lage bei der Jugend kommen wir jetzt zu den privaten Bemühungen, das mißhandelte und vernachlässigte Kind unmittelbar aufzusuchen, ihm den Schutz des Gesetzes zu verschaffen und für sein Wohl Fürsorge zu treffen.

In England und Amerika verfolgen die Societies for the prevention of cruelty to Children, in Frankreich und Belgien die Société protectrices de l'Enfance diese Ziele in einer z. T. sehr wirkungsvollen Weise; durch ihre Bemühungen hat zuweilen die Gesetzgebung überhaupt erst eine Form, welche einen wirksamen Schutz der mißhandelten Jugend ermöglichte, und weiterhin eine Anwendung gefunden, welche den toten Buchstaben belebte und der bedrohten Jugend Rettung brachte. Diese Gesellschaften spüren zunächst den Fällen nach, wo Eingreifen not thut — wobei sie in dem Maße, als ihre Ziele und die Art ihres Vorgehens bekannt werden, von der Bevölkerung wachsende Unterstützung finden —; sie suchen dann durch wohlwollende Einwirkung auf die Schuldigen die Verhältnisse zu bessern und bringen erst, wenn dies nicht zum Ziele führt, die Sache vor den Richter. Man ist leicht geneigt, die Thätigkeit dieser Gesellschaften für übertrieben zu halten, indem man die Häufigkeit einer Vernachlässigung und Mißhandlung der Kinder unterschätzt; doch läßt die außerordentliche Verbreitung, welche diese Gesellschaften gewonnen haben, zusammengenommen mit der Größe der von ihnen geleisteten Arbeit keinen Zweifel darüber, daß in den Ländern, in denen sie zu finden sind, ihre Thätigkeit eine notwendige und nützliche ist. Es bleibt sogar die Frage durchaus offen, ob sich nicht in denjenigen Ländern, wo es bisher keine derartigen Kinderschutzvereine giebt, mit ihrer Gründung auch ihre Notwendigkeit herausstellen würde, wenn es auch zunächst schwer fällt zu glauben, daß man bei uns derartig entsetzliche Mißhandlungen, wie sie in den Berichten der englischen und amerikanischen Vereine in Menge zu finden sind, häufiger antreffen würde.

Die englische National Society for the Prevention of Cruelty to Children[36] hat in 72 Großstädten Komitees; dieselben beschäftigen im ganzen 60 Inspektoren („Children's men“). In 2 Berichtsjahren kamen 10169 Fälle von Mißhandlungen zu ihrer Kenntnis, von denen 8810 keinen Zweifel ließen; in 5064 konnte man sich mit einer Warnung begnügen, 1499 Fälle kamen vor Gericht und 1338 mal fand bei ihnen Verurteilung statt. Die 10169 Familien, in denen Mißhandlungen vorkamen, hatten 2579 mal 1—2 Kinder, 6025 mal 3, 1205 mal 4, 360 mal 5 und mehr Kinder. Der wöchentliche Verdienst in den betreffenden Familien betrug 396 mal unter 20 s. und, als obere Grenze, in 3000 Fällen mindestens 27 s. 6 d. Die Eltern waren verstorben oder sie waren trunksüchtig, arbeitsscheu, Vagabunden und habsüchtig; sie lebten im Ehebruch, in wilder Ehe oder separiert; sie spekulierten auf die Versicherungsprämie; schließlich mißhandelten manche Personen ihre Kinder ohne jeden vernünftigen Grund. Die Bedeutung der Gesellschaft, welche übrigens mit der Polizei in Fühlung steht, erhellt daraus, daß 80 Proz. der behandelten Fälle nicht an die Polizei, sondern unmittelbar an die Gesellschaft denunziert waren, daß meist eine durch die Gesellschaft erteilte Warnung ausreicht und daß die wegen Mißhandlungen Bestraften fast nie

während ihrer fortgesetzten Beobachtung ein neues Eingreifen der Gesellschaft erfordern.

In den Vereinigten Staaten von Amerika und in Canada bestehen 31 Gesellschaften zum Schutz der Kinder vor Mißhandlung und außerdem 160 Humane Societies, welche letztere neben dem Schutz der Kinder auch den der Tiere vor Mißhandlungen zum Zweck haben; alle diese Gesellschaften stehen in Zusammenhang. Beispielsweise erwähnen wir von der Newyorker Society for the Prevention of Cruelty to Children, daß sie im Jahre 1892 7994 Beschwerden entgegennahm und untersuchte, bei 3299 das gerichtliche Verfahren veranlaßte und 3250 mal die Verurteilung herbeiführte, wodurch 3726 Kinder vor Verwahrlosung gerettet und aus einer schlechten Umgebung entfernt wurden; die Gesellschaft, welche jetzt ein eigenes großes Gebäude hat, gewährte 1801 mißhandelten Kindern ein Asyl. Die Behörde bedient sich auch in anderen Dingen, welche die verwahrloste Jugend betreffen, der Unterstützung der Gesellschaft; so untersuchte letztere auf Veranlassung des Gerichts 2233 gegen Kinder schwebende Kriminalfälle, welche 3659 Kinder betrafen und zur Verhaftung von 1847 Kindern führten.

Einen anderen Wirkungskreis haben die französischen und belgischen Sociétés protectrices de l'enfance. Z. B. hat die Pariser Gesellschaft hauptsächlich den Zweck, die natürliche Ernährung zu begünstigen, die Pflegekinder auf dem Lande zu überwachen und die Kenntnis der Kinderhygiene zu verbreiten, während der Schutz vor Mißhandlungen und Verwahrlosung praktisch mehr in den Hintergrund zu treten scheint.

γ) Erzieherische Fürsorge für gefährdete Kinder.

Die privaten Bestrebungen haben schließlich drittens in sehr ausgedehnter Weise die erzieherische Fürsorge für gefährdete Kinder übernommen; da sich dieselbe auch auf schon verwahrloste Kinder erstreckt, so verschieben wir ihre Besprechung auf den nächsten Abschnitt.

2. Fürsorge nach eingetretener Verwahrlosung.

Wenn wir jetzt zu denjenigen Maßnahmen kommen, welche nach Eintritt von Verwahrlosung dem Kinde helfen sollen, so ist vorher zu erörtern, wann und wie weit die Verwahrlosung als vorliegend zu betrachten ist. In der That kann man nicht immer ohne weiteres erkennen, ob die Vernachlässigung eines Kindes dazu geführt hat, seinen Charakter zu verderben, und wenn der sichere Beweis hierfür durch eine verbrecherische That seitens des Kindes erbracht scheint, so kann doch eine solche andererseits auch trotz eingetretener Verwahrlosung zunächst oder überhaupt ausbleiben, so daß man in ihr nicht ein entscheidendes Merkmal finden kann. Kann auch das mißhandelte und vernachlässigte Kind sittlich verwahrlost, das verwahrloste Kind verbrecherisch sein, so braucht dies doch nicht der Fall zu sein, und auf der anderen Seite kann ein Kind unter gewissen äußeren Verhältnissen deutliche Zeichen von Verwahrlosung zeigen und selbst Verbrechen begehen, ohne daß eine tiefere und vor allem unheilbare Charakterschädigung vorliegt.

Diesen Verhältnissen ist bei der Behandlung der Verwahrlosten, im besonderen auch in strafrechtlicher Beziehung Rechnung zu tragen. Daß das Kind ein gewisses Alter erreicht haben muß, um für seine Vergehen verantwortlich gemacht werden zu dürfen, wird allgemein anerkannt; unterhalb desselben erscheint es als selbstverständlich, von einer Bestrafung abzusehen und durch bessere Erziehung einer Wiederholung des Vergehens vorzubeugen. Die Strafmündigkeit wird nach deutschen Recht mit 12 Jahren, nach englischem Recht in der Regel erst mit dem 14. Lebensjahr erreicht; aber auch in Deutschland geht das Bestreben dahin, die Strafmündigkeit auf das vollendete 14. Lebens-

jahr hinaufzurücken, indem man die Schädlichkeit einer früheren Freiheitsstrafe für Charakter und Gesundheit betont (Hamm[27]). Noch darüber hinaus setzt z. B. der Staat Connecticut die Altersgrenze auf das 16. Jahr fest und verurteilt alle Knaben unter 16 Jahren, welche eines Vergehens oder Verbrechens überführt werden, welches sonst mit Geldstrafe oder Gefängnis (außer mit lebenslänglichem Gefängnis) bestraft wird, zur Zwangserziehung.

Auch nach Erreichung der genannten Altersgrenzen kann man noch nicht die volle Strenge des Gesetzes walten lassen: die Strafen werden in ihrer Länge und Schwere in Anbetracht des jugendlichen Alters gemildert, der Strafvollzug erfolgt meist als Einzelhaft. Doch fühlt der Gesetzgeber selbst, daß er hiermit der besonderen Lage des jugendlichen Verbrechers noch nicht ausreichend gerecht wird.

Das deutsche Strafgesetzbuch läßt im Alter von 12—18 Jahren nur dann eine Bestrafung eintreten, wenn der Angeschuldigte bei Begehung der strafbaren Handlung die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht besaß. In Belgien gilt dieser Grund für die Freisprechung nur bei einem Alter von weniger als 16 Jahren. Aber diese Voraussetzung ist eine künstliche und läßt sich oft nicht sicher entscheiden; selbst wenn die zur Erkenntnis der Strafbarkeit und, was noch wichtiger ist, die zur Erkenntnis ihrer Verwerflichkeit nötige Einsicht bei der Strafbegehung sicher vorhanden war, kann die dem Kindesalter eigentümliche Willensschwäche es sein, welche in erster Linie für die That verantwortlich zu machen ist. In jedem Fall wird eine Stärkung und Entwickelung der seelischen und moralischen Eigenschaften der Rückfälligkeit am sichersten vorbeugen, und dieses Ziel zu erreichen, wird die Bestrafung des jugendlichen Verbrechers überhaupt nicht oder nur unvollkommen imstande sein. Hier hat vielmehr die Erziehung einzutreten und eine Aufgabe zu erfüllen, welche besonders schwierig, dafür aber auch besonders lohnend ist.

Das deutsche Reichsstrafgesetzbuch kommt nur für Kinder unter 12 Jahr, sowie für diejenigen Angeschuldigten zwischen 12 und 18 Jahren, denen bei Begehung der strafbaren Handlung die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht fehlte, das Mittel der Zwangserziehung, während es leider die Zwangserziehung auf die letztere Altersklasse, soweit sie verurteilt wird, nicht anwendet. Für Kinder unter 12 Jahren kommen im übrigen die landesgesetzlichen Vorschriften zur Anwendung; z. B. bestimmt die preußische Gesetzgebung in dieser Richtung, daß die Zwangserziehung in einer geeigneten Familie oder in einer Erziehungs- oder Besserungsanstalt einzutreten habe, wenn die Unterbringung mit Rücksicht auf die Beschaffenheit der strafbaren Handlung, die Persönlichkeit der Eltern oder sonstigen Erzieher des Kindes und auf dessen übrige Lebensverhältnisse zur Verhütung weiterer sittlicher Verwahrlosung erforderlich ist.

Hingegen stellt das belgische Gesetz, wenn ein Individuum unter 18 Jahren zur Freiheitsstrafe verurteilt war, nach der Strafverbüßung den Entlassenen bis zu seiner Volljährigkeit zur Verfügung der Regierung, welche seine Erziehung, so lange es nötig erscheint, in die Hand nimmt; das englische Gesetz gestattet, Kinder zwischen 10 und 16 Jahren, die ein Verbrechen begangen haben, nach verbüßter Strafhaft zur Zwangserziehung zu überweisen; doch darf dieselbe nur für eine Dauer von 2—5 Jahren und keinenfalls über das 16. Lebensjahr hinaus stattfinden.

Es ist zweifellos sehr wichtig, gerade bei verbrecherischen Kindern, welche, sich selbst überlassen, mit großer Sicherheit rückfällig werden, durch erzieherische Maßnahmen den Charakter zu bessern und durch Versetzung in geeignete Lebensverhältnisse den erzielten Erfolg zu befestigen.

Aber es liegt auf der Hand, daß es für die Gesellschaft noch besser

ist, sich nicht erst durch den Alarmschuß eines Verbrechens zu dieser Fürsorge für die verwahrloste Jugend aufrütteln zu lassen, sondern schon vorher die Verwahrlosten aufzufinden und in bessernde Zucht zu nehmen. Ja, sie muß, wenn sie das Uebel mit der Wurzel ausrotten will, noch weiter gehen und das Kind aus der Umgebung, in der es voraussichtlich der moralischen Entartung verfallen wird, schon entfernen, bevor es in ihr verdorben ist.

So unabweisbar diese Ausdehnung der Zwangserziehung ist, so ist sie doch noch nicht allgemein erfolgt, und selbst wo, wie in Preußen und Oesterreich, diese Ausdehnung schon lange gesetzlich vorgesehen ist, ist sie nicht immer in die Praxis übergegangen (s. Zucker[28]).

In Deutschland haben sich Braunschweig, Anhalt, Oldenburg, Sachsen-Weimar, Lübeck, Baden, Hamburg und Hessen-Darmstadt hierzu in größerer oder geringerer Ausdehnung entschlossen.

Beispielsweise erwähnen wir die Bestimmungen, welche durch das Gesetz vom 4. Mai 1886 und durch die in der Verordnung vom 27. November 1886 gegebenen sehr guten Ausführungsbestimmungen in Baden getroffen sind. Nach § 1 können jugendliche Personen, welche das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, wegen sittlicher Verwahrlosung auf Grund einer gerichtlichen Entscheidung in eine geeignete Familie oder in eine staatliche oder geeignete Privaterziehungs- oder Besserungsanstalt untergebracht werden:

wenn ihr sittliches Wohl durch Mißbrauch des Erziehungsrechtes oder durch grobe Vernachlässigung seitens der Eltern oder sonstiger Fürsorger gefährdet ist, oder

wenn nach ihrem Verhalten die Erziehungsgewalt ihrer Eltern oder sonstigen Fürsorger und die Zuchtmittel der Schule sich zur Verhütung ihres völligen sittlichen Verderbens unzulänglich erweisen.

§ 6. „Das Bezirksamt hat auf Grund des Gerichtsbeschlusses die Unterbringung zur Zwangserziehung anzuordnen, insbesondere zu bestimmen, ob die Unterbringung in einer Familie oder in einer Anstalt stattzufinden habe, den Vollzug zu leiten und zu überwachen und, soweit nötig, für ein angemessenes Unterkommen der Zöglinge nach Beendigung der Zwangserziehung zu sorgen. — Mit den erforderlichen Maßnahmen kann der Ortsarmenverband ..... beauftragt werden. — Für jeden in einer Familie untergebrachten Zögling ist vom Bezirksamt ein Fürsorger zu bestellen, der im Verein mit dem Waisenrichter die Leistungen der Familie, welcher der Zögling überwiesen ist, sowie das Verhalten des Letzteren in der Zwangserziehung persönlich überwacht. Steht der Zögling unter Vormundschaft, so ist in der Regel der Vormund oder Gegenvormund zugleich als Fürsorger zu bestellen."

§ 8 „Das Recht der Zwangserziehung hört mit dem vollendeten 18. Lebensjahre des Zöglings auf." — „In außerordentlichen Fällen kann jedoch das Recht der Zwangserziehung durch Beschluß des Amtsgerichts bis zum vollendeten 20. Lebensjahr des Zöglings ausgedehnt werden, wenn eine solche Ausdehnung zur Erreichung des Zwecks der Zwangserziehung erforderlich erscheint." — „Die Entlassung aus der Zwangserziehung hat vor dem vollendeten 18 bez. 20. Lebensjahr des Zöglings einzutreten, wenn die Erreichung des Zwecks der Zwangserziehung sichergestellt oder dieser Zweck erreicht ist. Die frühere Entlassung aus einem dieser Gründe ist durch das Bezirksamt oder auf Antrag der Eltern oder vormundschaftlichen Vertreter des Zöglings durch das Amtsgericht auszusprechen."

§ 12. „Die Bestimmungen des gegenwärtigen Gesetzes finden auch für diejenigen Fälle, in welchen nach § 56 Abs. 2 des Reichsstrafgesetzbuches der Angeschuldigte in eine Erziehungs- oder Besserungsanstalt gebracht werden soll, entsprechende Anwendung."

Im Jahre 1893 unterstanden der Zwangserziehung von 1038 Zöglingen 44,8 Proz. auf Grund des § 1 Abs. 1 dieses Gesetzes, wegen Gefährdung durch die Eltern, 53,2 Proz. auf Grund des § 1 Abs. 2 wegen eigenen schlechten Verhaltens und nur 2 Proz. auf Grund strafrechtlichen Erkenntnisses gemäß § 56 Abs. 1 des Strafgesetzbuches.

In Frankreich und Belgien werden bei der Zwangserziehung die Gefährdeten und Verwahrlosten als „moralement abandonnés" zusammengefaßt und den jugendlichen Verbrechern gegenübergestellt. Die

„Moralement abandonnés" sind Kinder, welche infolge von Gebrechlichkeit, Nachlässigkeit oder Lasterhaftigkeit ihrer Eltern oder aus anderen Gründen sich selbst überlassen und ohne Erziehung sind (s. für Belgien Le Corbesier[31] und franz. Gesetz vom 24. Juli 1889).

Unter den von der Assistance publique in Paris im Jahre 1892 auf Grund des Gesetzes vom 24. Juli 1889 in Erziehung übernommenen 542 Moralement abandonnés waren z. B. 288, deren Eltern bedürftig, aber nicht unwürdig waren, 102, deren Eltern unwürdig, 58, deren Eltern verschwunden, 20, deren Eltern verstorben waren, 74 Kinder waren lasterhaft und vagabundierend, obgleich ihre Eltern nicht unwürdig waren[34].

Die Bestrafung jugendlicher Verbrecher unter 18 Jahren erfolgt in Belgien bei Vagabundage, Zuhältertum und Bettelei überhaupt nicht, sondern wird durch Zwangserziehung ersetzt, welche bis zur Majorennität fortzuführen ist. Das Gleiche geschieht bei Jugendlichen unter 16 Jahren, welche leichtere Gesetzesverletzungen begangen oder welche bei einem Vergehen nicht die nötige Einsicht gehabt haben.

In England (nach Lenz[6]) führt die Gefährdung oder Verwahrlosung eines Kindes wesentlich unter folgenden Verhältnissen zur Zwangserziehung: Auf Veranlassung der Lokalbehörde kann ein schulpflichtiges Kind, wenn gewohnheitsmäßig der Elementarunterricht versäumt wird oder das Kind Landstreicher ist oder ohne ausreichende Aufsicht allein steht und sich in Gesellschaft von Landstreichern, Bettlern und liederlichen Personen oder notorischen Verbrechern umhertreibt, nach vergeblichen Verwarnungen und gerichtlichem Vorgehen zum Besuche der Day Industrial Schools gezwungen werden (wobei die Kinder nachts zu den Ihrigen zurückkehren) oder sogar in geschlossene Erziehung (in den Truant Schools und den Industrial Schools) verbracht werden. Die Armenbehörde kann ferner widerspenstige Kinder oder Kinder bestrafter Eltern aus ihren Distrikt und Parochial Schools in die Zwangserziehung der Industrial Schools überführen. Auch kann der Gerichtshof ein Kind unter 14 Jahren, dessen Mutter zweimal wegen eines Verbrechens verurteilt ist, dort unterbringen, wenn noch kein Vormund bestellt ist oder keine Subsistenzmittel vorhanden sind. Wenn er nachweist, daß er nicht imstande ist, das Kind zu beaufsichtigen, kann jeder Vater, Stiefvater oder Vormund eines Kindes unter 14 Jahren beim Gericht die Abgabe in eine Industrial School beantragen. Zum gleichen Antrag ist überhaupt jedermann befugt, wenn ein Kind in diesem Alter bettelt oder offen oder unter einem Vorwand Almosen nimmt, sich auf Straßen und öffentlichen Plätzen zu diesem Zweck aufhält, sich ohne Heim und festen Wohnort, ohne Aufsicht und nachweisliche Subsistenzmittel umhertreibt oder eine Waise ist oder von seinen Eltern verlassen wurde oder nur einen Elternteil besitzt, welcher eben eine Verbrechensstrafe abbüßt oder wenn es sich ferner in Gesellschaft von Dieben aufhält, mit Prostituierten zusammenlebt oder sich auch nur zeitweise in ihrer Gesellschaft aufhält oder in Häusern lebt, in denen sie ihr Gewerbe treiben. Schließlich kann ein angeklagtes Kind ohne sonstige Bestrafung je nach den Umständen des Delikts und den Verhältnissen der Eltern in Zwangserziehung gegeben werden.

Die Zwangserziehung kann beginnen, sobald ein Alter erreicht ist, in welchem das Kind verwahrlosen kann; gewöhnlich wird als solches das vollendete 6. Jahr angenommen. Die Fortführung der

Zwangserziehung ist berechtigt, solange die Erziehung überhaupt Erfolg verspricht. Ihre Beendigung grundsätzlich an ein bestimmtes Lebensjahr zu knüpfen, ist daher schwierig, weil je nach Charakterentwickelung und Erziehungsbedürftigkeit die Zwangserziehung früher oder später ihren Zweck erreicht.

In England schloß sie bisher schon mit dem Alter von 16 Jahren ab, nach dem Ergänzungsgesetz vom Jahre 1894 soll aber jedes einer Zwangsversicherungsanstalt überwiesene Kind der Aufsicht des Vorstehers bis zum 18. Lebensjahr unterworfen bleiben. In Preußen hat sich die Zwangserziehung bis zum zurückgelegten 18. Lebensjahr zu erstrecken, kann aber auch ausnahmsweise — in Belgien und einzelnen amerikanischen Staaten gilt ebenfalls dieser letztere Termin — bis zum 21. Lebensjahr verlängert werden.

In jedem Falle sollte auch nach der Entlassung aus der Zwangserziehung und dem Uebertritt in die bürgerliche Selbständigkeit zunächst noch eine gewisse Fürsorge und Ueberwachung fortgeführt werden.

Die Erziehung der verwahrlosten oder verbrecherischen Jugend kann die geschlossene Anstalt nicht entbehren: allerdings giebt es zahlreiche Abstufungen in der Dauer ihrer Benutzung und in ihrem Verhältnis zur offenen oder Familienerziehung.

Mag die Erziehung auf richterliche Entscheidung oder auf private Veranlassung hin eintreten, so kann sie, verbunden mit der völligen Ausbildung zu einem Beruf, ausschließlich innerhalb der Anstalt stattfinden, oder aber es findet früher oder später eine probeweise Entlassung aus der Anstalt statt, in welche bei schlechter Aufführung eine Rückversetzung erfolgt. So wurde bisher in Großbritannien in der Regel die probeweise Entlassung („Licensing") 3 Monate vor Ablauf der vollen urteilsmäßigen Dauer der Zwangserziehung und zwar frühestens nach einem Anstaltsaufenthalt von 18 Monaten verfügt, während nach dem Ergänzungsgesetz vom Jahre 1894 die bedingte Außenpflege noch bis zum 18. Jahr fortgeführt wird (Sociale Praxis 1895 No. 34). In Belgien können die Zöglinge einer École de Bienfaisance de l'État schon in die Lehre gegeben werden, nachdem sie in der Anstalt 6 Monate ununterbrochen waren. Eigenartig ist die Bestimmung der probeweisen Entlassung nach dem Verhalten der Zöglinge, wie sie z. B. in den Anstalten der Staaten Massachusetts und Connecticut stattfindet: hier haben es die Zöglinge selbst in der Hand, sich durch gute Aufführung die für die Entlassung hinreichende Zahl von „Kredits" zu sammeln; doch findet die Entlassung frühestens nach 1 Jahre, in über 30 Proz. nach mehr als 2 Jahren statt.

Schließlich hält man in manchen Anstalten (z. B. in der State Primary School in Massachusetts) die Kinder überhaupt nur kurze Zeit, bis man sie gefügig gemacht und für sie Plätze gefunden hat, mit Ausnahme des Falles, daß wegen ihrer körperlichen oder geistigen Schwäche für sie keine Pflege zu finden ist.

Die Notwendigkeit und Dauer der Anstaltserziehung wird sich im allgemeinen nach dem Grad der Verwahrlosung, vor allem aber nach der Festigkeit, mit der die schlechten Eigenschaften eingewurzelt sind, bestimmen. Gewisse Fehler, wie die Neigung zum Vagabundieren, zu Gewaltthätigkeit und sittlicher Ausschweifung erfordern eher als andere

Fehler Anstaltsbehandlung. Jüngere Kinder können meist eher als ältere in der Familie gebessert werden; bei den älteren wird in jedem Falle der offenen Erziehung mindestens eine Beobachtung in der Anstalt vorausgehen und die Möglichkeit einer Rückversetzung in die Anstalt bestehen müssen.

Die Ausbildung in sittlicher, geistiger und körperlicher Beziehung läßt sich in einer geschlossenen Anstalt am weitesten treiben und am schnellsten und sichersten erreichen. Wenn wir auch die Einwürfe, die wir früher (S. 482 u. 483) gegen die geschlossene Pflege im allgemeinen machten, aufrecht erhalten müssen, so fallen sie doch gegenüber den besonderen Verhältnissen, welche die Zwangserziehung veranlassen, nicht gleich schwer ins Gewicht. Eine vorsichtige Ueberleitung zur Selbständigkeit läßt die etwaigen Nachteile der Anstaltserziehung noch geringer erscheinen.

Bei der Anstaltserziehung ist eine Trennung der einfach verwahrlosten von den verbrecherischen Kindern nirgends streng durchgeführt. In England stehen allerdings noch die strenger verwalteten Reformatory Schools den Industrial Schools gegenüber; in jene werden nur verbrecherische Kinder — nach Abbüßung ihrer Gefängnisstrafe — untergebracht, während in diese sowohl verwahrloste wie auch verbrecherische Kinder kommen (Lenz[6]). Dies hindert aber nicht, daß überall mit dem Prinzip gebrochen ist, in der Anstalt auf die Veranlassung zur Zwangserziehung zurückzukommen; wenn die Zöglinge in strenger geleiteten Anstalten untergebracht werden, so geschieht dies nur, soweit ihre früher oder in den Anstalten bewiesene Verworfenheit eine härtere Zucht zum Zweck der Besserung notwendig erscheinen läßt.

Die Erziehungsanstalt für verwahrloste Kinder vermeidet daher den Eindruck einer Strafanstalt; auf die Gefahr des Entweichens hin verzichtet sie sogar unter Umständen auf eine Abschließung gegen die Außenwelt. Ob man recht thut, durch Nachahmung der militärischen Disziplin die Ordnung aufrecht zu erhalten (wie dies z. B. in Frankreich der Fall ist), wäre die Frage.

Neben moralischer, religiöser und geistiger Ausbildung treibt man in den Erziehungsanstalten alles, was den Sinn frisch und den Körper kräftig erhält: neben Gesang und Musik Gymnastik, militärische Uebungen, Spiele und dergl. Gleichzeitig wird zu erzieherischen Zwecken, als Vorbildung für die spätere praktische Thätigkeit oder geradezu zur Fachausbildung Unterricht im Handwerk erteilt. Als besonders geeignet hat sich außerdem der Betrieb der Landwirtschaft und Gärtnerei erwiesen. Für die Mädchen ersetzen sich diese Betriebe durch Ausbildung im Haushalte.

In noch heute mustergiltiger Weise führt ein Reskript des preußischen Ministers (v. Altenstein) vom Jahre 1826 die Grundsätze für die Zwangserziehung aus (nach Aschrott[29], p. 5):

„Es kommt bei der Einwirkung auf die unglücklichen Geschöpfe, welche solchen Anstalten anheimfallen, zunächst darauf an, daß sie gleichsam in eine neue Welt versetzt werden, in welcher sie von ihren bisherigen Gewohnheiten nichts wiederfinden, sondern wo allenthalben Ordnung, Regelmäßigkeit, Ruhe, Stille und Reinlichkeit ihnen entgegentritt, wo Beschäftigung mit Unterweisung abwechselt und immer etwas Nützliches oder Notwendiges vorgenommen werden muß, wo man alle ihre Handlungen und Reden beobachtet und ihr ganzes Verhalten fortwährend beaufsichtigt, wo sie der Freiheit nur in dem Maße mehr teilhaftig werden, als sie sich ihrer würdig machen, und wo endlich allenthalben Fürsorge, Anteil, Liebe unverkennbar sind, Ernst und Strafe aber als die notwendigen Folgen der eigenen Handlungen und als eine unvermeidliche Erfüllung der Pflicht der Gerechtigkeit erscheinen. In genauester Ueber-

einstimmung mit dieser Disziplinarbehandlung muß aber auch der eigentliche Unterricht stehen und das nämliche Ziel verfolgen. Nicht auf bloßes Mitteilen und Einprägen von Kenntnissen und Geschicklichkeiten darf es ausschießlich abgesehen sein, sondern zugleich auf Entwickelung der Selbstthätigkeit, auf Anregung der Lust an nützlicher Einsicht und ganz besonders auf Erhellung der bei so verwahrlosten Geschöpfen immer höchst verworrenen und dunklen Begriffe und folglich auf allmähliche Gewöhnung an ein besonnenes, klares und folgerichtiges Denken und Urteilen."

Während jüngere Kinder nicht nach dem Geschlecht getrennt zu werden brauchen, sollen größere Kinder nicht in der gleichen Anstalt — selbst nicht in „getrennten Flügeln" der gleichen Anstalt — erzogen werden. Die Kinder sind nach dem Alter zu trennen. Im Gegensatz zu dem Kollektivsystem, in welchem größere Gruppen von Kindern während des Tages nach ihrer jeweiligen Beschäftigung unter der Leitung verschiedener, für die einzelne Beschäftigung bestimmter Lehrer stehen, empfiehlt sich das Familiensystem. Die Kinder sind hier in Gruppen von 15—20 Kindern verteilt, welche dauernd unter einem väterlichen Erzieher vereinigt und von den anderen getrennt bleiben. Der gemeinsame Besuch der Anstaltsschule, der Werkstätten u. s. w. wird freilich eine strenge Durchführung der Trennung meist nicht erlauben. Eine Sonderung der Kinder nach ihren Delikten ist nicht zu empfehlen. Hingegen mag die belgische Einrichtung zweckmäßig sein, Kinder, welche bei ihrem Eintritt das Alter von 13 Jahren nicht überschritten haben, während der ganzen Dauer der Verpflegung von den in einem späteren Alter Eingetretenen getrennt zu halten.

Am besten läßt sich die anstaltsweise Erziehung in „Familien" bei dem Cottage System (s. früher) erreichen, wobei jede Familie nicht nur ihr eigenes Haus hat, sondern auch ihre eigene Wirtschaft führt und auch sonst auf sich selbst angewiesen ist. In den Vereinigten Staaten von Amerika gab es im Jahre 1892 nach dem Cottage System gegen 30 Zwangserziehungsanstalten, welche allerdings in ihren Dimensionen das zulässige Maß meist überschreiten dürften; wir verweisen z. B. auf die State Reform School, Meriden, Connecticut mit 421 Schülern (am 1. Juli 1892), welche in 5 Cottages untergebracht waren; hierzu kommen noch 1 Hauptgebäude, Kirche und zahlreiche Wirtschaftsgebäude.

Von den moralisch Unverbesserlichen abgesehen, sind aus der gemeinsamen Anstaltserziehung noch die geistig Zurückgebliebenen, die unter den Verwahrlosten nicht selten sind, auszuscheiden und in besonderen Anstalten zu erziehen (Wichern[30]); außerdem wird sich auch eine mindestens vorläufige Isolierung sittlich verwahrloster Mädchen im Interesse der übrigen Mädchen gewöhnlich empfehlen.

Ihnen stehen in England die Refuges for the fallen women und die Magdalen Homes, in Deutschland die Magdalenenasyle offen; in der Nähe Londons wäre insbesondere das von katholischen Schwestern geleitete Refuge of the good Stepherd in East End Finckley, in der Nähe von Berlin das Mädchenrettungshaus Siloah in Pankow zu erwähnen.

Eine eigenartige Form nimmt die geschlossene Erziehung an, wenn die Vorbereitung zu einem künftigen Beruf in den Vordergrund tritt. „Die Training-ships unterscheiden sich von den übrigen Erziehungsanstalten darin, daß sie, am Ufer eines größeren Flusses vor Anker liegend, nicht nur äußerlich, sondern auch in ihren inneren Einrichtungen und Gebräuchen den Zöglingen ein mit deutlichen Zügen gemaltes Bild des Seemannslebens geben. Das ganze Schiff beherrscht ein scharfer Ton der Disziplin, den man sonst im Heere antrifft. Unbedingte Sub-

ordination, Drill und Abhärtung sind die Erziehungsmittel" (Lenz[6] p. 91).

Wie die Training-ships zum Seedienst, so bereiten Ackerbauschulen (z. B. eine Schule der Stadt Paris in Algier) zur Landwirtschaft vor.

Im allgemeinen sollte ein Beruf in den Anstalten nur soweit getrieben werden, als er geeignet ist, die allgemein erzieherischen Absichten zu unterstützen; die frühzeitige und einseitige Betonung einer Berufsbeschäftigung kann nur der allgemeinen Ausbildung Abbruch thun und geradezu, wenn das Ziel der Kostendeckung in den Vordergrund tritt, das Ziel sittlicher und körperlicher Gesundung aus den Augen verlieren.

Bei der Familienerziehung verwahrloster Kinder kommen wesentlich die gleichen Voraussetzungen bezüglich der Pflegeeltern und der äußeren Verhältnisse in Betracht wie bei der Pflege anderer Kinder (s. früher). Nach der Erledigung des Elementarunterrichts werden die Kinder bei Handwerkern oder Landwirten untergebracht. Die Landwirtschaft wird besonders begünstigt, weil man die Kinder hierdurch den gefährlichen Einwirkungen der Großstädte fern hält und in Lebensverhältnisse, welche bei rüstiger Arbeit entsprechende Befriedigung gewähren, versetzt. Die Ueberwachung der Kinder darf, obgleich sie nicht ganz leicht ist, nicht vernachlässigt werden.

Ein gutes Beispiel für die offene Verpflegung der Verwahrlosten und ihre Ueberwachung geben die belgischen Verhältnisse. Es bestehen dort seit 1888 in allen größeren Provinzialstädten Comités de patronage (z. T. auch mit Frauenabteilungen), welche u. a. die Fürsorge für die verwahrlosten Kinder („enfants martyrs") und für die zur Verfügung der Regierung gestellten und in Zwangserziehungsanstalten (Écoles de bienfaisance) untergebrachten Kinder übernommen haben. Die Fürsorge für die Verwahrlosten erfolgt nach den vom Comité festgesetzten Grundsätzen ohne Beziehung zum Staat, während die Fürsorge für die zweite Klasse von Kindern unter Zusammenwirkung mit den Behörden stattfindet. Die einfach Verwahrlosten werden nach Beobachtung in dem Asyl der Gesellschaft unter Berücksichtigung ihrer sittlichen und körperlichen Kräfte bei Privatpersonen untergebracht und dort überwacht. Die Zwangserziehungskinder werden nach dem Ermessen der Direktoren der Anstalten zur Familienpflege bestimmt und den Comités de patronage überwiesen; da der Unterricht am besten in der Anstalt erteilt werden kann, so werden sie nicht früher als zu 12—13 Jahren, andererseits, da die moralische Verderbtheit sonst schon zu groß ist, nicht gerne nach einem Alter von 15 Jahren placiert. Diese Kinder werden möglichst entfernt von ihrer Familie untergebracht, ohne daß die letztere Kenntnis von dem Orte erhält; man sucht die Annäherung von Kindern mit verschiedenem moralischen Niveau bei der Unterbringung zu vermeiden. Man bringt die Kinder meist auf das Land und zwar lieber zu Ackerbauern als zu Handwerkern; das Comité schließt, um sich volle Freiheit bei der Unterbringung zu wahren, mit den Pflegeeltern keinen Kontrakt ab. Für die Verwahrlosten zahlen die Verwandten, für die Zwangserziehungskinder der Staat, der Rest wird aus freiwilligen Beiträgen ergänzt. Die Zöglinge erhalten Gelegenheit und Anregung zum Sparen. Die Ueberwachung erfolgt am Ort durch Personen, welche das öffentliche

Vertrauen genießen. Am 31. Dezember 1894 waren 175 Kinder von der Gesellschaft überwacht (Jules Le Corbesier[31]).

Auch nach der endgiltigen Entlassung aus der Erziehung muß den Zöglingen ein gewisser Halt geboten werden, um sie vor Rückfällen zu schützen. In Anbetracht der Verhältnisse, aus denen die Verwahrlosten hervorgingen, sucht man ihre Rückkehr zu den Verwandten zu vermeiden. Man sucht sie vielmehr schon vor der Entlassung in solche Verhältnisse einzugewöhnen, in denen sie später verbleiben können. Die für die Landwirtschaft ausgebildeten Knaben werden auch gern, soweit sie nicht in ihren Stellen verbleiben, von England aus in die Kolonien, in den Vereinigten Staaten nach dem Westen geschickt, und kommen dort, wenn man die Zöglinge richtig auswählt, gut fort.

Beispielsweise hat Barnardo allein im Jahre 1893 758 Jungen und 76 Mädchen nach Canada auswandern lassen, da die moralische Führung und der materielle Erfolg bei den früheren Jahrgängen ein sehr guter war; eben dorthin läßt die Reformatory and Refuge Union frühere Zwangserziehungskinder auswandern. Andererseits ist es in vielen Staaten beliebt, die jungen Leute zum Militär oder auf die Marine zu schicken.

Der Erfolg der Zwangserziehung ist kaum exakt zu bestimmen; soweit man zahlenmäßige Angaben trotzdem berücksichtigen will, ist zwischen verschiedenen Erziehungssystemen kein deutlicher und sicherer Unterschied zu erkennen. Ueberall läßt ein nur verhältnismäßig kleiner Teil Besserung vermissen: in England gegen 20 Proz. mit 6 Proz. Rückfälligen; in Connecticut sind 10 Proz. rückfällig. In Baden hatten (im Jahre 1893) von den zwangsweise Erzogenen ca. 23 Proz., im besonderen von den auf Grund schlechten Verhaltens oder begangener Verbrechen zwangsweise Erzogenen 29 Proz. keinen befriedigenden Erfolg aufzuweisen. Doch ist der Wert dieser Zahlen nur bedingt, und ihr Vergleich mit einander nicht möglich.

Hingegen läßt sich der Gesamterfolg der gegen die Verwahrlosung getroffenen Maßregeln an der Häufigkeit der von Jugendlichen begangenen Verbrechen ermessen. Während diese unter den modernen Erwerbsverhältnissen und der durch sie bedingten Vernachlässigung der Erziehung zunächst eine stark ansteigende Kurve zeigen, müssen sie in dem Maße, als es die Gesetzgebung ermöglicht, schon im Entstehen die Verwahrlosung erfolgreich zu bekämpfen und jemehr von dieser Möglichkeit ausgedehnter Gebrauch gemacht wird, ein Absinken ihrer Kurve erkennen lassen.

In der That läßt sich in den meisten Ländern eine deutliche und z. T. beängstigende Zunahme der Verwahrlosung und der durch sie veranlaßten Strafthaten Jugendlicher — und zwar ganz besonders in den jüngsten Altersklassen — wahrnehmen. Das einzige Land, welches im Gegenteil eine Abnahme der Kriminalität zeigt, ist England, wo die Zwangserziehung ihren Ursprung hat und eine bedeutsame Entwickelung gefunden hat. (Genaueres s. bei Lenz[6], Zucker[28], Aschrott[29], Appelius[32]).

Mustern wir schließlich noch kurz die Einrichtungen zur Erziehung Verwahrloster in den einzelnen Ländern. Soweit die Erziehung nicht durch die staatlichen Organe stattfindet, liegt sie in den Händen von Vereinen, welche für sich oder im Zusammenhang mit

den Behörden arbeiten. Die Anstalten für Verwahrloste sind demgemäß ebenfalls rein privat oder stehen gleichzeitig unter staatlicher Aufsicht oder gehören dem Staate an.

Ursprünglich aus wohlthätigen Mitteln durch Private begründet, haben die meisten Anstalten dadurch eine enge Fühlung mit den Behörden gewonnen, daß die Erziehung der durch die spätere Gesetzgebung zur Verfügung der Behörden gestellten Verwahrlosten und jugendlichen Verbrecher ihnen anvertraut wurde. Dies Verhältnis findet sich sowohl in England wie in Deutschland; Staatsanstalten, die z. B. in den Vereinigten Staaten zahlreich sind, finden sich hier nur vereinzelt.

In Deutschland nahm die Erziehung Verwahrloster aus religiösen Bestrebungen ihren Ursprung und beschränkte sich zunächst auf die private Erziehung freiwillig zur Erziehung überlassener Kinder; der später durch die Gesetzgebung des Reiches und der Einzelstaaten ermöglichten zwangsweisen Erziehung Verwahrloster blieben meist verhältnismäßig enge Schranken gezogen; wenn trotzdem in Preußen am 1. April 1894 10722 Kinder in Zwangserziehung standen, so entspricht diese Zahl doch nicht dem durch die Zunahme jugendlicher Verbrecher bewiesenen Bedürfnis und wird sich bei einer Aenderung der Gesetzgebung bedeutend erhöhen. Von jenen Kindern waren 5509 in Familien, 3952 in privaten Rettungsanstalten und 1261 in den von Kommunalverbänden eingerichteten Anstalten[35] untergebracht.

Die Rettungshäuser sind ein Werk der inneren Mission, weclhe in den letzten 3—4 Jahrzehnten in Deutschland gegen 400 Anstalten gegründet hat. „Nicht alle von ihnen sind mehr in den Händen der inneren Mission, sondern sind, wie manche ausgewachsene und als besonders für die Allgemeinheit segensreich erwiesene Einrichtungen der inneren Mission verstaatlicht worden, so die Rettungshäuser namentlich im Königreich Sachsen. Als vorbildlich für alle gilt die große, von D. Wichern 1883 gegründete Anstalt des Rauhen Hauses bei Hamburg. Vorbildlich ist diese Anstalt deshalb geworden, weil sie mit der Kasernenerziehung brach und das Familienerziehungsprinzip in den Anstaltsorganismus einführte. Die Kinder sind in Gruppen zu ca. 15 eingeteilt, unter Aufsicht eines Lehrers, mit dem sie in einem Halbhause wie eine Familie essen, trinken, spielen, schlafen, arbeiten. In vielen dieser Rettungsanstalten werden nicht nur Kinder der einfachen Stände erzogen, sondern mit besonderem Real- und Gymnasialunterricht und in besonderen Familienabteilungen auch Kinder, namentlich Söhne der sozial gutgestellten und vornehmsten Kreise. Das ziemlich hohe Erziehungsgeld, das die Eltern dieser Kinder zahlen, reicht meist auch zum Unterhalt der Abteilung für die übrigen Kinder aus." (Göhre[34] p. 384.)

Von Behörden unterhaltene Anstalten für Zwangserziehung von Kindern befinden sich für Preußen in Wabern, Boppard, Steinfeld, Konradshammer, für Sachsen in Bräunsdorf (s. S. 651), für Elsaß-Lothringen in Hagenau; hierzu kommen noch einige Anstalten für Kinder, welche bei Begehung der strafbaren Handlung das 12. Jahr noch nicht vollendet hatten.

In Berlin ist der städtischen Verwaltung die Zwangserziehung übertragen; sie erfolgt gleichzeitig mit der Erziehung der auf dem Wege der Armenpflege übernommenen Verwahrlosten in dem Erziehungshaus für verwahrloste Kinder in Rummelsburg: die Anstalt dient a) zur vorläufigen Beobachtung der neu übernommenen Zöglinge, um die Art der künftigen Erziehung zu bestimmen, b) zur Vorbereitung der besser gearteten Knaben für die Familienerziehung, c) zur vollen Erziehung der zur Familienerziehung ungeeigneten, d) zur Besserung mißratener Burschen zwischen 14 und 21 Jahren. Die Zöglinge sind nach dem Alter und ihrer sittlichen Verfassung in 3 Abteilungen getrennt (s. Fischer[35]).

Die Verpflegungskosten für jedes einzelne Zwangserziehungskind betragen in Preußen durchschnittlich ca. 215 M. im Jahre, wenn es in einer Anstalt untergebracht ist, dagegen in der Familie nur durchschnittlich ca. 145 M. bezw. 60 M., je nachdem es noch im schulpflichtigen Alter steht oder das 14. Lebensjahr bereits vollendet hat (Soziale Praxis 1895, No. 32).

Die Bewegung zur Besserung der verwahrlosten Jugend nahm in England ihren Ursprung (s. Lenz[6]). Die Zwangserziehungsanstalten, deren berühmteste und älteste die von Redhill ist, werden hier meistens als Privatunternehmungen aus eigenen Mitteln erhalten oder als charitable Institutions auf die allgemeine Mildthätigkeit verwiesen; die für die dort untergebrachten Kinder verpflichteten Be-

hörden zahlen einen Zuschuß zu ihrer Erhaltung. Der Staat giebt gewisse Vorschriften und überwacht die Anstalten. Eine große Anzahl von Erziehungsanstalten hat sich zur Reformatory and Refuge Union vereinigt (im Jahre 1892 676 Anstalten mit einer Belegziffer von 52 542 Kindern (Lenz[6]). Augenblicklich dienen zur staatlichen Zwangserziehung in England (einschließlich Irland) 60 Reformatory Schools mit 6370 Zöglingen, 211 Industrial Schools mit 27 582 Zöglingen, 21 Day-Industrial Schools mit 3796 Zöglingen und 12 Truant-Schools mit 9762. Die Kosten für einen Zögling betragen jährlich ca. 400 M., wozu die Eltern durchschnittlich 5 Proz. mit 20 M. beitragen müssen (Volkswohl 1895, No. 18).

In Belgien hat der Staat 6 eigene Zwangserziehungsanstalten; diese Écoles de Bienfaisance, von denen jede wieder vollkommen voneinander getrennte Abteilungen enthält, führen den Grundsatz der Trennung nach Alter und Geschlecht sowie nach dem Grad der Verwahrlosung in der Weise durch, daß je eine Anstalt für Mädchen unter 13 sowie über 13 Jahre, für die der gewohnheitsmäßigen Bettelei und Vagabondage überführten Kinder unter 15 sowie für die gleichen im Alter von 15—18 Jahren, ferner 2 Anstalten für die wegen mangelnder Einsicht freigesprochenen Knaben über 11 Jahre bestimmt sind; die aus diesem Grunde freigesprochenen Kinder unter 11 Jahren werden in der gleichen Anstalt mit den jüngeren Vagabunden verpflegt, die jugendlichen Zuhälter kommen direkt in die Genter Besserungsanstalt, in welche auch nötigenfalls die Zöglinge der École de Bienfaisance geschickt werden (Jules Le Corbesier[81]).

In Frankreich werden die Pariser verwahrlosten Kinder neuerdings zunächst in einem besonders für sie eingerichteten Asile temporaire in Beobachtung genommen, bevor über die Art der Fürsorge entschieden wird; z. B. wurden von 160 Kindern, welche von November 1892 bis 30. Juni 1893 beobachtet wurden, 99 für „moralement abandonnés“ erklärt, 17 in Armenpflege genommen, 12 dem Gericht übergeben, 26 ihren Eltern zurückgegeben, 4 in Irrenanstalten verbracht, während schließlich 2 Kinder entsprangen. Die meisten Kinder werden in Pension oder in Lehre, vor allem aber zu Landwirten gegeben. Von 3558 Kindern, die am 31. Dezember 1892 verpflegt wurden, waren auf diese Weise 3264 einzeln und 294 gruppenweise untergebracht. Nur verhältnismäßig wenige wurden außerdem in einer der 4 Écoles professionnelles oder in der École de Réforme de la Salpêtrière verpflegt und dort neben dem allgemein bildenden Unterricht in den verschiedenen Gewerben unterrichtet (Bestand am 31. Dezember 1892 349)[84].

1) **Hutton**, *VII. internat. Kongr. f. Hyg. Sekt IV.*
2) **Snijders ('s Gravesande)**, *Ueb. d. Einfluſs der Versicherungskassen oder Begräbniſsvereine auf die Kindersterblichkeit, V. Internat. Kongr. f. Gesundheitspfl. im Haag 2. Bd.* (1885).
3) *Supplement to the XXXV. annual Report of the Registrar general etc.* (1875).
4) **Paget**, „*An objectionable Feature of some Burial Societies in their relation to Infant Life Insurance*“, *Transact. of the VII. Internat. Congr. of Hygiene and Demography, Aug.* 1894, *Vol. IV.*
5) **Benjamin Waugh**, *Child-Life Insurance, Contemporary Review* 1891 (*Sep.-Abdr., herausgegeben von der National Society for the prevention of cruelty to Children*).
6) **Adolf Lenz**, *Die Zwangserziehung in England, Stuttgart* 1894.
7) **Jacobi**, *VII. Internat. Congr. of Hyg. Sect. IV.*
8) **G. Gothein**, *Die Lage der Handweber im Eulengebirge, Arbeiterfreund* (1891).
9) **H. Lehmann, Gau** *und* **Neubert**, *Die deutsche Hausindustrie* 1889 2. *Bd. nach Arbeiterfreund* (1889).
10) *Denmark, its medical Organization, Hygiene and Demography, Copenhagen* 1891.
11) *Vierteljahrshefte d. Statistik d. Deutschen Reichs* (1894) 3. *Bd. H.* 4.
12) **C. Delvaille**, *Une mission en Belgique et en Hollande etc., Paris* 1895.
13) *Ergebnisse der Volkszählung vom* 31. *Dez.* 1890, *besprochen von* **Adler** *in dem Sozialpolit. Centralbl.* (1894) *No.* 12 *u.* 13.
14) *Volkszählung vom* 1. *Dez.* 1890 3. *Abt.*
15) 15. *Ergänzungsheft z. Z. d. Königl. preuſs. Stat. Bureaus, Berlin* 1883.
16) *Statist. Mitteilungen d. Groſsherzogtums Baden* (1894) 11. *Bd. No.* 4.
17) **H. Neumann**, *Die jugendlichen Berliner unehelicher Herkunft, Conrad's Jahrb. f. Nationalökonomie III. Folge* 8. *Bd.* (1894).
18) **H. Neumann**, *Die unehelichen Kinder in Berlin und ihr Schutz, Conrad's Jahrb. f. Nationalökonomie III. Folge* 7. *Bd.* (1894).
19) **Huppé**, *Städt. Jahrb. f. Volkswirtschaft u. Statistik* 4. *Jahrg., Berlin* 1870.
20) **Fedorow**, *Arch f. Dermatol. u. Syph.* 25. *Bd.* (1893) *H.* 3.
21) *Congr. de la Protection de l'Enfance* 1886.
22) **Luigi Strojavacca**, *Arbeiterfreund* 1891.

23) **v. Massow**, *Reform oder Revolution?* *Berlin* 1894.
24) **Paul Göhre**, *Das Vereinswesen der protestantischen Kirche in Deutschland*, *Soziale Praxis* *No.* 29 (1895).
25) **Post**, *Musterstätten persönl. Fürsorge von Arbeitgebern f. ihre Geschäftsangehörigen* 1. *Bd.*, *Berlin* 1889.
26) *Report of the National Society for the Prevention of Cruelty to Children* 1890—1891.
27) **Hamm**, *Die Hinaufrückung der Strafmündigkeit vom* 12. *auf das* 14. *Lebensjahr*, *Bielefeld* 1894, *Besprechung durch Kotelmann*, *D. med. Wochenschr.* (1894) *Litt.-Ber. S.* 8.
28) **Alois Zucker**, *Ueb. d. Behandlung der verbrecherischen und arg verwahrlosten Jugend in Oesterreich*, *Wien* 1894.
29) **P. F. Aschrott**, *Die Behandlung der verwahrlosten und verbrecherischen Jugend und Vorschläge zur Reform*, *Berlin* 1892.
30) **J. Wichern**, *Die Einrichtung von Anstalten für sittlich gefährdete konfirmierte Knaben* (*Agentur des Rauhen Hauses* 1893).
31) **Jules Le Corbesier**, *Exposé de la Situation en Belgique en ce qui concerne le placement dans les familles*, *Congr. internat. d'Anvers* 1894.
32) **H. Appelius**, *Die Behandlung jugendlicher Verbrecher u. verwahrloster Kinder*, *Berlin* 1892.
33) **Fischer**, *Die Waisenpflege der Stadt Berlin* 1892.
34) *Rapport sur le Service des Enfants maltraités ou moralement abandonnés pendant l'année* 1892. *Administr. génér. de l'Assistance publique à Paris* (1893).
35) *Statist. der zum Ressort des Kgl. Preuss. Minist. des Innern gehörenden Strafanstalten u. Gefängnisse f.* 1. *April* 1893/94 (*Berlin* 1895).

Schluss.

Lassen wir den Blick rückwärts schweifen, so erkennen wir besonders in den letzten Jahrzehnten eine ungemeine Regsamkeit beim Schutze des Kindesalters. Gleichzeitig mit den Fortschritten der Gesundheitspflege auf anderen Gebieten hat sich auch die Gesundheitspflege des Kindesalters gebessert: vielerorts ergiebt sich auch zahlenmäßig eine Herabminderung der Erkrankungs- und Sterblichkeitszahlen; besonders bemerkenswert ist ein Sinken der Säuglingssterblichkeit. Die Verpflegung und Erziehung der Jugend hat eine weitgehende Regelung erfahren und sich mehr dem kindlichen Bedürfnis angepaßt. Schon heimst England die Früchte einer energischen Bekämpfung der Verwahrlosung ein. Die Ausnutzung der kindlichen Arbeitskraft erleidet überall wertvolle Einschränkungen.

Aber auf der anderen Seite bestehen noch von früher her zahlreiche Mißstände oder haben sich erst mit der modernen Entwickelung des Gesellschafts- und im besonderen des Erwerbslebens neu gebildet oder verschärft, unter denen vor allem die große Masse der Unbemittelten zu leiden hat: das Familienleben, der Grundstein einer gesunden ethischen und körperlichen Entwickelung der Kinder, kommt immer häufiger ins Wanken. Das Zusammendrängen der Bevölkerung in großen Städten schädigt in mancher Hinsicht die kindliche Gesundheit und begünstigt die Neigung zu sittlicher Entartung. Die Zunahme des Pauperismus muß auch an dem Kindesalter ihren schädlichen Einfluß erkennen lassen.

Daß freiwillige Liebesthätigkeit die wichtigeren Probleme, welche die modernen Verhältnisse auch bezüglich des Kindesschutzes stellen, nicht für sich allein, sondern nur mitwirkend lösen kann, wird immer mehr anerkannt. Die Gesetzgebung hat daher angefangen, sich eingehender mit den Verhältnissen der Kinder zu beschäftigen und legt dem Staat immer neue Pflichten gegenüber dem gebrechlichsten Teil der Bevölkerung auf. Noch sind freilich die Pflichten auf die einzelnen staatlichen Verbände vielfach nicht in einer solchen Weise verteilt, daß sie sachgemäß erfüllt werden können (z. B. bei der Armenpflege in Deutschland). Wo

die Grenzen für das Eintreten der staatlichen Fürsorge zu ziehen sind, läßt sich vorläufig kaum entscheiden.

Das Ziel einer jeden Fürsorge für die Kinder ist aber klar: Pflege und Erziehung müssen die Familie stets im Auge haben: dem Kind sind die Eltern zu bewahren oder im Notfall, soweit möglich, zu ersetzen, für die Eltern ist die Möglichkeit zu erhöhen, ihrem Kinde den Segen eines Familienlebens mit reichem sittlichen und geistigen Inhalt zu verschaffen. Andererseits muß sich die Gesundheitspflege beim Kinde, ebenso wie auch sonst, stets daran erinnern, daß das Verhüten von Krankheiten sicherer und billiger ist als ihre Heilung.

Figurenverzeichnis.

Register.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 1456



HANDBUCH DER HYGIENE

IN ZEHN BÄNDFN.

BEARBEITET VON

Dr. Albrecht, Berlin; Prof. Assmann, Berlin; Geheimrat Dr. Baer, Berlin; Prof. Blasius, Braunschweig; Dr. Agnes Bluhm, Berlin; Sanitätsrat Dr. Braehmer, Berlin; Oberrealschulprofessor Dr. L. Burgerstein, Wien; Prof. Büsing, Berlin-Friedenau; Direktor Dr. Edelmann, Dresden; Prof. Emmerich, München; Prof. Finkelnburg, Bonn; Prof. v. Fodor, Budapest; Sanitätsrat Dr. Füller, Neunkirchen; Landwirt Georg H. Gerson, Berlin; Dr. Fr. Goldschmidt, Nürnberg; Privatdozent Dr. Heinzerling, Darmstadt; Oberstabsarzt Dr. Helbig, Dresden; Prof. Hüppe, Prag; Privatdozent Dr. Jurisch, Berlin; Stadt-Elektriker Dr. Kallmann, Berlin; Privatdozent und Baumeister Knauff, Berlin; Prof. Kraft, Brünn; Prof. Kratschmer, Wien; Oberstabsarzt Dr. Krocker, Berlin; Dr. D. Kulenkampff, Bremen; Dr. Leppmann Berlin; Prof. Löffler, Greifswald; Bergrat Meissner, Berlin; Direktor Merke, Moabit-Berlin; Prof. J. Munk, Berlin; Prof. Neisser, Breslau; k. k. österr. Vicesekretär im Min. d. Innern Dr. Netolitzky, Wien; Privatdozent Dr. H. Neumann, Berlin; Dozent Chr. Nussbaum, Hannover; Oberingenieur Oesten, Berlin; Dr. Oldendorff, Berlin; Baurat Osthoff, Berlin; Bauinspektor E. Richter, Hamburg; Ingenieur Rosenboom, Kiel; Reg.- und Medizinalrat Dr. Roth, Oppeln; Bauinspektor Ruppel, Hamburg; Bergassessor Saeger, Friedrichshütte; Physikus Dr. Schäfer, Danzig; Fabrikinspektor Schellenberg, Karlsruhe; Dr. Schellong, Königsberg i. P.; städt. Ingenieur Schmidt, Dresden; Bauinspektor R. Schultze, Köln; Direktor Dr. Sendtner, München; Direktor Dr. W. Sonne, Darmstadt; Baurat Stübben, Köln; Prof. Stutzer, Bonn; Direktor Dr. J. H. Vogel, Berlin; Prof. Weber, Kiel; Reg.- und Medizinalrat Dr. Wehmer, Coblenz; Prof. Weichselbaum, Wien; Medizinalrat Dr. Wernich, Berlin; Dr. Th. Weyl, Berlin; Dr. Zadek, Berlin.

HERAUSGEGEBEN VON

Dr. med. TH. WEYL,

PRIVATDOCENTEN DER TECHNISCHEN HOCHSCHULE ZU CHARLOTTENBURG-BERLIN.

SIEBENTER BAND.

SCHULHYGIENE UND ÖFFENTLICHER KINDERSCHUTZ.

MIT 161 ABBILDUNGEN IM TEXT.

JENA,

VERLAG VON GUSTAV FISCHER.

1895.

HANDBUCH DER HYGIENE.

HERAUSGEGEBEN VON

DR. MED. TH. WEYL,
PRIVATDOCENTEN AN DER TECHNISCHEN HOCHSCHULE ZU CHARLOTTENBURG-BERLIN.

SIEBENTER BAND.

ERSTE ABTEILUNG:

HANDBUCH DER SCHULHYGIENE

VON

DR. LEO BURGERSTEIN UND DR. AUG. NETOLITZKY
IN WIEN.

MIT 154 ABBILDUNGEN.

ZWEITE ABTEILUNG:

ÖFFENTLICHER KINDERSCHUTZ

VON

DR. MED. H. NEUMANN,
PRIVATDOCENTEN AN DER UNIVERSITÄT IN BERLIN.

MIT 7 ABBILDUNGEN.

JENA,
VERLAG VON GUSTAV FISCHER.
1895.

Inhalt.

Erste Abteilung:

Zweite Abteilung:

Abteilung 2: *Leichenwesen einschl. der Feuerbestattung (Med.-Rat Dr. Wernich in Berlin).
*Abdeckereiwesen (Medizinalrat Wehmer in Coblenz). } E.-Pr. M. 3,50. S.-Pr. M. 3,50.

*Straßenhygiene, d. i. Straßenpflasterung, -reinigung und -besprengung, sowie Beseitigung der festen Abfälle (Bauinspektor E. Richter in Hamburg). E.-Pr. M. 2,80; S.-Pr. M. 2,—.

BAND III: Nahrungsmittel und Ernährung. Abteilung 1:

*Einzelernährung und Massenernährung (Prof. J. Munk in Berlin). E.-Pr. M. 3,—; S.-Pr. M. 3,—.

*Nahrungs- und Genußmittel (Prof. Stutzer in Bonn). E.-Pr. M. 4,50, S.-Pr. M. 3,50.

*Gebrauchsgegenstände, Emaillen, Farben (der Herausgeber). E.-Pr. M. 2,—, S.-Pr. M. 1,50.

Abteilung 2: Fleischschau (Direktor Dr. Edelmann in Dresden).
*Nahrungsmittelpolizei (Prof. Finkelnburg in Bonn).

BAND IV: Allgemeine Bau-(Wohnungs-)Hygiene.

*Einleitung: Einfluß der Wohnung auf die Gesundheit (Sanitätsrat Dr. Oldendorff in Berlin).
*Das Wohnungselend der großen Städte (Dr. Albrecht von der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrt in Berlin). } **Bereits erschienen.** E.-Pr. M. 4,50. S.-Pr. M. 3,60.

1) Eigentliche Wohnungshygiene:
   a) *Bauplatz, Baumaterialien, Anlage von Landhäusern, Mietskasernen, Arbeiterwohnhäusern und billigen Wohnungen überhaupt. Gesetzliche Maßnahmen zur Begünstigung gemeinnütziger Baugesellschaften (Dozent Chr. Nußbaum in Hannover).
   b) *Stadtbaupläne, Bauordnungen, behördliche Maßnahmen gegen ungesunde Wohnungen (Baurat Stübben in Köln).
   c) *Wohnungsämter und Wohnungsaufseher (Reg.- und Medizinalrat Dr. A. Wernich in Berlin).
   d) *Bakteriologie der Wohnung (Prof. Hüppe in Prag).

*2) Heizung und Ventilation (städt. Ingenieur Schmidt in Dresden). } **Im Erscheinen.**

3) Beleuchtung: **Bereits erschienen.**
   a) *Theoretischer Teil (Prof. Weber in Kiel).
   b) *Gasbeleuchtung (Ingenieur Rosenboom in Kiel). } E.-Pr. M. 4,50. S.-Pr. M. 3,60.
   c) *Elektrische Beleuchtung und andere Anwendungen des elektr. Stromes im Dienste der öffentlichen Gesundheitspflege (Dr. Kallmann, Elektriker der Stadt Berlin). } E.-Pr. M. 2,80. S.-Pr. M. 2,—.

4) Schutz gegen Schadenfeuer.

BAND V: Spezielle Bauhygiene [Teil A]. Abteilung 1: Krankenhäuser.
   a) Bau der Krankenhäuser (Bauinspektor Ruppel in Hamburg).
   b) Verwaltung der Krankenhäuser (Direktor Merke in Moabit-Berlin).

Abteilung 2: Gefängnishygiene (Geheimrat Dr. Baer in Berlin).

BAND VI: Spezielle Bauhygiene [Teil B]. — **Bereits erschienen.**

*Markthallen und Viehhöfe (Baurat Osthoff in Berlin). E.-Pr. M. 2,—, S.-Pr. M. 1,50.
*Volksbäder (Bauinspektor R. Schultze in Köln).
*Theaterhygiene (Prof. Büsing in Berlin-Friedenau). } E.-Pr. M. 1,80. S.-Pr. M. 1,20.
*Asyle, niedere Herbergen, Volksküchen u. s. w. (Privatdocent und Baumeister Knauff und der Herausgeber, beide in Berlin).
*Schiffshygiene (Dr. D. Kulenkampff in Bremen). } E.-Pr. M. 2,50. S.-Pr. M. 2,—.

Eisenbahnhygiene (Sanitätsrat Dr. Braehmer in Berlin).
Aerztliche Ansprüche an militärische Bauten: Militärlazarette u. s. w. (Oberstabsarzt Dr. Kroeker in Berlin).

BAND VII ist vollständig erschienen. Abteilung 1:

*Schulhygiene (Oberrealschulprofessor Dr. L. Burgerstein u. k. k. österr. Vicesekretär i. Min. d. Inn. Dr. Netolitzki [mediz. Kapitel] beide in Wien). E.-Pr. M. 10,50; S.-Pr. M. 8,—.

Abteilung 2:
*Oeffentlicher Kinderschutz (Privatdozent Dr. H. Neumann in Berlin).

BAND VIII: Gewerbehygiene.

Allgemeiner Teil: *Allgemeine Gewerbehygiene und Fabrikgesetzgebung (Dr. Roth, Reg.- u. Med.-Rat in Oppeln).
*Fürsorge für Arbeiterinnen und deren Kinder (Frl. Dr. Agnes Bluhm).
*Maschinelle Einrichtungen gegen Unfälle (Prof. Kraft in Brünn).
*Die Lüftung der Werkstätten (Prof. Kraft in Brünn).
E.-Pr. M.
S.-Pr. M.

Spezieller Teil: 1) Hygiene der Berg- und Tunnelarbeiter.
*a) Technische Abschnitte (Bergrat Meissner im preußischen Handelsministerium in Berlin).
*b) Medizinische Abschnitte (San.-Rat Dr. Füller in Neunkirchen).
*2) Hygiene der Hüttenarbeiter (Bergassessor Saeger in Friedrichshütte).
Bereit erschie[n]
E. Pr. M.
S.-Pr. M.

Weiter werden erscheinen (die Unterhandlungen mit den Herren Mitarb[eitern] sind noch nicht beendet):
*3) Hygiene der chemischen Großindustrie.
*a) Anorganische Betriebe, namentlich anorganische Säuren und deren [...] (Privatdozent Dr. Heinzerling in Darmstadt).
*b) Bearbeitung des Phosphors (Oberstabsarzt Dr. Helbig in Dresd[en]).
*c) Organische Betriebe (Dr. Fr. Goldschmidt in Nürnberg).
*4) Hygiene der Glasarbeiter u. Spiegelbeleger (Phys. Dr. Schäfer in Da[...]).
5) Hygiene der Textilindustrie (Dr. Netolitzki, Vicesekretär im österr. Ministerium des Innern).
6) Hygiene der Borstenarbeiter (Dr. Fr. Goldschmidt in Nürnberg).
7) Hygiene der Handarbeiterinnen [Schneiderinnen etc.] (Frl. Dr. med. Bluhm in Berlin).
*8) Hygiene der Tabakarbeiter (Grhrzgl. bad. Fabrikinspektor Schellen[...] in Karlsruhe).
*9) Hygiene der Bäckereien (Dr. Zadek in Berlin).
Beiträge haben ferner zugesagt: Professor Celli in Rom und W. Sonne, Direktor der großherzogl. hess. Prüfungs- und [Aus]kunftsstation in Darmstadt.

BAND IX: Aetiologie und Prophylaxe der Infektionskrankheiten.
Bakteriologie und Epidemiologie der Infektionskrankheiten (Prof. Weich[sel]baum in Wien).
Immunität und Schutzimpfung (Prof. Emmerich in München).
Desinfektion und Prophylaxe der Infektionskrankheiten (der Herausge[ber]).

BAND X: Ergänzungsband. Generalregister zu allen Bänden.
Alkoholismus (Dr. Leppmann in Berlin).
Hygiene der Prostitution (Prof. Neisser in Breslau).

Die mit einem * bezeichneten Manuskripte liegen entweder bereits ged[ruckt] vor oder sind in den Händen des Herrn Herausgebers. Um ein rasches Ersche[inen] des Werkes herbeizuführen, wird gleichzeitig an mehreren Bänden gedruckt [und] die Ausgabe derselben je nach Vollendung des Druckes eines jeden Abschn[ittes] oder einer Abteilung erfolgen. Grössere Abschnitte werden stets eine beson[dere] Lieferung bilden, deshalb werden die Lieferungen in verschiedenem Umfange [und] zu verschiedenen Preisen erscheinen; der Preis des vollständigen Wer[kes] wird sich nach dem Umfange richten, den Betrag von M. 90 a[ber] keinesfalls übersteigen.

Die bereits erschienenen Abschnitte des Werkes können von jeder B[uch]handlung zur Ansicht geliefert werden.

Bestellungen auf das „Handbuch der Hygiene" nimmt eine jede Sortim[ents]buchhandlung Deutschlands und des Auslandes entgegen.

Frommannsche Buchdruckerei (Hermann Pohle) in Jena. — 1896



